



T.C.

**AMASYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI**

**KRONİK HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE ÖZ YÖNETİM VE
SAĞLIK ARAMA DAVRANIŞLARININ BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

GÜLLÜ BEKTAŞ

**TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. NEŞE UYSAL**

**AMASYA
HAZİRAN 2023**

**T.C.
AMASYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI**

**KRONİK HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE ÖZ YÖNETİM VE
SAĞLIK ARAMA DAVRANIŞLARININ BELİRLENMESİ**

Güllü BEKTAŞ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Neşe UYSAL**

**AMASYA
HAZİRAN 2023**

GÜLLÜ BEKTAŞ tarafından hazırlanan “**KRONİK HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE ÖZ YÖNETİM VE SAĞLIK ARAMA DAVRANIŞLARININ BELİRLENMESİ**” adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ ile Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Hemşirelik** Anabilim Dalı **İç Hastalıkları Hemşireliği** Bilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Doç. Dr. Neşe UYSAL

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Amasya Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum

.....

Başkan: Doç. Dr. Nurhan DOĞAN AYDIN

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Amasya Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum

.....

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Filiz SELEN

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hitit Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum

.....

Tez Savunma Tarihi: 06/06/2023

Jüri tarafından kabul edilen bu tezin Yüksek Lisans Tezi olması için gerekli şartları yerine getirdiğini onaylıyorum.

Prof. Dr. Ayşe ŞAHİN YAĞLIOĞLU
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

ETİK BEYAN

Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

(imza)

Güllü BEKTAŞ

06/06/2023

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez süresince bana rehberlik ederek bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, her zaman desteğini, yardımını, zamanını esirgemeyen, katkı sağlayan, beni sürekli motive eden ve rehber olan, öğrencisi olmaktan çok büyük onur duyduğum değerli danışmanım Doç. Dr. Neşe UYSAL’a,

Çalışmamın veri toplama aşamasında desteklerini esirgemeyen Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye, Göğüs Hastalıkları ve Kardiyoloji Kliniklerinde görevli sağlık profesyonellerine, hemşire Busenur BİLİCEN’e ve araştırmaya katılmayı kabul ederek tezime katkı sağlayan tüm hastalara,

Hep yanımda olan, üzerimde emeklerini ve sevgilerini her zaman hissettiğim ailem; kıymetli annem Fatma BEKTAŞ, babam Hüseyin BEKTAŞ, kardeşlerim Emre BEKTAŞ ve Salih BEKTAŞ’a,

Bu yolda beni yalnız bırakmayan, her zaman yanımda olan, yaşamının sonuna kadar desteğini esirgemeyen değerli arkadaşım Seren TEKER’e ve diğer değerli arkadaşlarıma en içten saygı ve sevgilerimle teşekkür ediyorum.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
TABLolar DİZİNİ	iv
ŞEKİLLER DİZİNİ	v
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
1.GİRİŞ	1
1.1. Problem Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırmanın Sınırlılıkları	3
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Kronik Hastalıkların Tanımı ve Özellikleri.....	4
2.2. Kronik Hastalıkların Prevalansı	4
2.3. Kronik Hastalıklar ve Etkileri	5
2.4. Kronik Hastalıkların Yönetimi	6
2.5. Kronik Hastalıklarda Öz Yönetim.....	7
2.6. Kronik Hastalıklarda Öz Yönetim ve Hemşirenin Rolü.....	11
2.7. Sağlık Arama Davranışları	12
2.8. Sağlık Arama Davranışlarını Etkileyen Faktörler	15
2.9. Sağlık Arama Davranışları ve Hemşirelik.....	16
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	18
3.1. Araştırmanın Amacı	18
3.2. Araştırmanın Tipi	18
3.3. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Özellikleri.....	18
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	18
3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	19
3.6. Veri Toplama Araçları.....	19
3.6.1. Kişisel bilgi formu	19
3.6.2. Kronik hastalık öz yönetim ölçeği.....	20
3.6.3. Sağlık arama davranışı ölçeği.....	20

3.7. Ön Uygulama	21
3.8. Verilerin Toplanması.....	21
3.9. Araştırmanın Etik Boyutu	22
3.10. Verilerin Değerlendirilmesi.....	22
4. BULGULAR	23
5. TARTIŞMA	35
5.1. Kronik Hastalıklarda Öz Yönetim Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlerin Tartışılması	35
5.2. Sağlık Arama Davranışları ve Etkileyen Faktörlerin Tartışılması	39
5.3. Öz Yönetim ve Sağlık Arama Davranışları İlişkisinin Tartışılması.....	42
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	44
6.1. Sonuçlar	44
6.2. Öneriler	45
7. KAYNAKLAR.....	46
EKLER.....	58
EK-1. Amasya Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Kararı ..	59
EK-2. Amasya İl Sağlık Müdürlüğü Kurum İzni Formu.....	61
EK-3. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	62
EK-4. Tanıtıcı Bilgi Formu.....	64
EK-5. Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği.....	66
EK-6. Sağlık Arama Davranışı Ölçeği	67
EK-7. Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçek İzni.....	68
EK-8. Sağlık Arama Davranışı Ölçek İzni	69
ÖZGEÇMİŞ.....	70

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 4.1. Bireylerin Demografik Özelliklerinin Dağılımları.....	23
Tablo 4.2. Bireylerin Hastalıkla İlgili Özelliklerinin Dağılımları.....	24
Tablo 4.3. Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği ve Sağlık Arama Davranışı Ölçeği Ortalama Puanlarının Dağılımı	25
Tablo 4.4. Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği Puanları ile Sosyodemografik Özelliklerin Karşılaştırılması	26
Tablo 4.5. Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği ile Yaş, Beden Kitle İndeksi, Tanı Süresi ve İlaç Sayısı Arasında İlişki	29
Tablo 4.6. Sağlık Arama Davranışı Ölçek Puanları ile Sosyodemografik Özelliklerin Karşılaştırılması	30
Tablo 4.7. Sağlık Arama Davranışı Ölçek Puanları ile Yaş, Beden Kitle İndeksi, Tanı Süresi ve İlaç Sayısı Arasında İlişki.....	33
Tablo 4.8. Sağlık Arama Davranışı Ölçeği ile Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği Arasındaki İlişki	33

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1 Türkiye’de BHO’lara Bağlı Ölüm Oranları.....	4
Şekil 2.2. Kronik Bakım Modeli.....	7



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

Bu çalışmada kullanılan bazı simgeler ve kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Simgeler

Açıklama

%

Yüzde

Kısaltmalar

Açıklama

WHO

World Health Organization/ Dünya Sağlık Örgütü

BOH

Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar

CRP

C-reaktif Protein

KOAH

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

BKI

Beden Kitle İndeksi

HBA1C

Glikolize Hemoglobin

CBAP

Continous Positive Airway Pressure/Sürekli Pozitif Hava Yolu Basıncı

MI

Miyokart İnfarktüsü

KHÖY

Kronik Hastalık Öz Yönetim

SAD

Sağlık Arama Davranışı

SS

Standart Sapma

MİN

Minimum

MAX

Maksimum

ÖZET

KRONİK HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE ÖZ YÖNETİM VE SAĞLIK ARAMA DAVRANIŞLARININ BELİRLENMESİ

Güllü BEKTAŞ

Amasya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı, Haziran/2023
Danışman: Doç. Dr. Neşe UYSAL

Kronik hastalıklı bireylerin sahip olduğu bilgi, beceri ve tutumlar hastalık öz yönetim sürecinin başarılı şekilde yönetilmesini etkilerken, bu kapsamda bireylerin sağlık arama davranışlarını etkili şekilde kullanması da önemlidir. Bu araştırmanın amacı kronik hastalığı olan bireylerde öz yönetim ve sağlık arama davranışlarını ve aralarındaki ilişkiyi belirlemektir.

Araştırma tanımlayıcı, kesitsel tipte yürütülmüştür. Araştırma verileri bir eğitim ve araştırma hastanesinin dahiliye, göğüs hastalıkları ve kardiyoloji kliniklerinde toplanmıştır. Tanı veya tedavi amacıyla dahili kliniklerde yatan, 18 yaş ve üzeri olan, en az bir kronik hastalık tanısı alan, Türkçe konuşan, bilişsel sorunu olmayan, araştırmaya katılmaya onam veren 220 birey çalışmaya dahil edilmiştir. Araştırma verileri, Kişisel Bilgi Formu, Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği ve Sağlık Arama Davranışı Ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan hastaların yaş ortalaması $64,14 \pm 11,99$ kronik hastalık tanı süresi ortalamaları $11,77 \pm 8,60$ yıldır. Kronik hastalık öz yönetiminin yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, sosyoekonomik durum, tanı süresi ve sağlık durumunu algılama düzeyine göre anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır. Sağlık arama davranışlarının yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, medeni durum, sosyoekonomik durum, tanı süresi ve sağlığı algılama durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p < 0,05$). Damgalamayla baş etme ve sağlık bakım etkinliği ile online sağlık arama davranışı ve sağlık arama davranışları toplam puanları arasında pozitif yönde; tedavi uyumu ile geleneksel sağlık arama davranışı arasında negatif yönde, düşük düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Sağlık bakım etkinliği ile profesyonel sağlık arama davranışı arasında pozitif yönde, orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($p < 0,001$).

Kronik hastalığı olan bireylerin çoğunun bakımlarını kendileri sağladıkları göz önüne alındığında, bireylerin öz yönetim davranışlarının desteklenmesi ve bu süreçte kullandığı sağlık arama davranışlarının belirlenmesi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Kronik Hastalık, Öz Yönetim, Sağlık Arama Davranışı

ABSTRACT

SELF-MANAGEMENT AND HEALTH SEEKING BEHAVIORS IN INDIVIDUALS WITH CHRONIC DISEASE

Güllü BEKTAŞ

Amasya University, Institute of Health Sciences
Department of Nursing, Internal Medicine Nursing, MSc, June/2023
Supervisor: Associate Professor Neşe UYSAL

The knowledge, skills and attitudes of individuals with chronic diseases affect the successful management of the disease self-management process, and in this context, it is important to use the health-seeking behaviors of individuals effectively. The aim of this study is to determine self-management and health-seeking behaviors and the relationship between them in individuals with chronic diseases.

The research was conducted in descriptive, cross-sectional type. The research data were conducted in the internal medicine, chest diseases and cardiology clinics of a training and research hospital. The study included 220 individuals who were hospitalized in internal clinics for diagnosis or treatment, were 18 years of age and older, were diagnosed with at least one chronic disease, spoke Turkish, had no cognitive problems, and gave consent to participate in the study. Research data were collected using the Personal Information Form, the Chronic Disease Self-Management Scale and the Health Seeking Behavior Scale.

The mean age of the patients included in the study was 64.14 ± 11.99 years and the mean duration of chronic disease diagnosis was 11.77 ± 8.60 . It has been determined that chronic disease self-management differs significantly according to age, education status, employment status, socioeconomic status, diagnosis period and level of perception of health status. It was determined that health-seeking behaviors differed significantly according to age, gender, educational status, employment status, marital status, socioeconomic status, diagnosis period and health perception status ($p < 0.05$). There was a positive correlation between the total scores of coping with stigma and health care effectiveness and online health seeking and health seeking behaviors; It was found that there was a negative, low-level significant relationship between treatment adherence and traditional health seeking. It was determined that there was a positive, moderately significant relationship between health care effectiveness and seeking professional health ($p < 0.001$).

Considering that most individuals with chronic diseases provide their own care, it is important to determine the self-management behaviors of individuals and the health-seeking behaviors they use in this process.

Keywords: Chronic Illness, Self-Management, Health-Seeking Behavior

1.GİRİŞ

1.1. Problem Tanımı ve Önemi

Kronik hastalıklar, genellikle bir yıldan uzun süren, bireylerin yaşam alanlarını sınırlayan ve sürekli tıbbi müdahale gerektiren hastalıklardır [1]. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH) olarak tanımlanan kronik hastalıklar, 21. yüzyılın en büyük sağlık sorunlarından biri olmakla birlikte, aynı zamanda mortalite nedenlerinin de başında gelmektedir. BOH dünya genelinde meydana gelen 57 milyon ölümün %71'inden (41 milyon) sorumludur. Türkiye'de ise BOH'nın tüm ölümlerin %89'undan sorumlu olduğu belirtilmiştir [2].

Yaşam süresinin uzaması ve kronik hastalıklara ilişkin risk faktörlerine maruziyetin artması, dünyada ve ülkemizde kronik hastalıkların görülme sıklığının artmasına ve birçok bireyin kronik hastalıklarla yaşamını sürdürmesine neden olmaktadır [3,4]. Bu doğrultuda kronik hastalıkların yönetimine yönelik ilgi artmakta ve kronik hastalıkların getirdiği fiziksel, psikososyal ve ekonomik yükün azaltılmasına yönelik etkin sağlık politikaları ve girişimlere ihtiyaç duyulmaktadır. Kronik hastalıkların kontrolünde multidisipliner bir sağlık yaklaşımı temel ilke olmakla birlikte, ömür boyu yaşam biçimi değişikliği gerektiren kronik hastalıkların etkin yönetiminde bireylerin kendi hastalıklarının yönetiminde aktif rol almaları beklenmektedir. Kronik hastalıkların öz yönetiminde bireylerin sağlık profesyonelleriyle birlikte hastalık semptomlarını yönetebilmesi, hastalığın tedavisini seçebilmesi ve hastalık sonrası yaşam tarzı değişikliklerinin koordinasyonunu ve sürekliliğini sağlaması gerekmektedir [5,6]. Kronik hastalıklı bireylerin öz yönetim hedefleri arasında ise; kendi sağlık durumlarına özgü uygulamaları yapması, günlük yaşamda hastalıkla ilgili karşılaşılan sorunları çözebilmesi ve bu sorunlar doğrultusunda ihtiyaçlarını belirleyip karşılaması gibi olumlu sağlık davranışlarının başlatılması ve sürdürülmesi yer almaktadır [5,7]. Peng ve arkadaşlarının (2019) yaptığı çalışmada kronik böbrek hastalığı olan bireylerde öz yönetimin böbrek fonksiyonlarının korunmasında önemli yeri olduğu, albüminüri düzeyleri, kan basıncı kontrolü, egzersiz kapasitesinde ve CRP düzeylerinde olumlu yönde fayda sağladığı saptanmıştır [8]. Adadioğlu ve Oğuz'un (2016) yaptığı çalışmada, öz yönetimi yüksek bireylerde tedaviye uyumun arttığı, bireyin daha kaliteli bir yaşamı olduğu, stres yönetiminin sağlandığı ve uyku kalitesinde düzelmelerin görüldüğü, hastalık komplikasyonlarında ve hastaneye başvuru sıklığında azalmaların görüldüğü saptanmıştır [9]. Öz yönetimi düşük olan bireylerde ise hastalık tedavi ve bakım

sürekliliğinin sağlanamadığı, sağlık profesyonelleriyle iş birliği içerisinde hastalığın yönetilemediği, hastalık sonuçlarında kötüleşmelerin görüldüğü belirtilmiştir [10,11]. Ayrıca öz yönetimi düşük olan bireyler, öz yönetimi yüksek olan bireylere göre hastalığın bakım ve tedavi sürecinde karşılaştığı sorunlarla baş etmede bilinçli davranış sergileyememekte, verimli kaynak seçimi yaparak profesyonel sağlık arama davranışlarını tercih etmemekte ve bakımın sürekliliğini sağlayamamaktadır [5].

Kronik hastalıkların artması, sağlık hizmetlerine duyulan ihtiyacın artması ve bireylerin hastalık yönetiminde aktif rol alma istekleri sonucu bireylerin farklı sağlık arama davranışlarına başvuru sıklıkları da artmıştır [12,13]. Kronik hastalığa sahip olan bireyler hastalıkların yönetiminde karşılaştığı sorunları gidermek amacıyla sağlık profesyonellerinden destek aldığı gibi aile, sosyal çevre veya internet, televizyon gibi medya kanallarından da bilgi alabilmektedir [14]. Bireylerin hastalık ve genel sağlık durumlarıyla ilgili bilinçli şekilde gerçekleştirdiği bu faaliyetler doğrultusunda ulaştıkları bilgiler, hastalığı ve bireyin kendisi ile ilgili alacağı kararları etkileyebilmektedir [15]. Bireyler hastalık ve genel sağlık durumları ile ilgili karşılaştığı sorunlarda kolay, pratik ve hızlı bilgiye ulaşabilmek amacıyla online sağlık arama davranışları kapsamında internet, televizyon programları, dergi ve kitaplardan; profesyonel sağlık arama davranışları kapsamında sağlık profesyonelleri ve sağlık kurumlarından ayrıca güven duyulan kişiler ve aynı hastalığı geçiren kişilerin tavsiyelerinden de yararlanmaktadır [16,17]. Kronik hastalığı olan bireylerde sağlık arama davranışlarının hastalık süreciyle doğrudan ilişkili olması nedeniyle hastalığın tedavisinde, kontrol altına alınmasında, sağlık durumunun sürdürülmesinde ya da bozulan durumun düzeltilmesinde kullanılan sağlık arama davranışlarının belirlenmesi ile birlikte olumsuz etkilerinin azaltılması önemli yere sahiptir [18,19]. Profesyonel sağlık arama davranışlarının düşük olduğu bireylerin hastalıkların yönetiminde zorlandığı ve hastalık sürecini kontrol edemediği görülürken, profesyonel sağlık arama davranışlarının yüksek olması sağlık algısının artmasına, sağlığın sürdürülmesi ve hastalık yönetimine katkı sağlamaktadır [20,21]. Kronik hastalığı olan bireylerin daha fazla sağlık bakımına ihtiyaç duyması nedeniyle sağlık arama davranışlarına daha fazla başvurduğu düşünüldüğünde, bireylerin sağlığa ilişkin ulaştıkları bilgi kaynakları ve bilgi arama davranışlarının değerlendirilmesi önemlidir [22].

Kronik hastalıklı bireylerin sahip olduğu bilgi, beceri ve tutumlar hastalık öz yönetim sürecinin başarılı şekilde yönetilmesini etkilerken, bu kapsamda bireylerin sağlık arama davranışlarını etkili şekilde kullanılması da önemlidir [23]. Kronik hastalıklı bireylerde

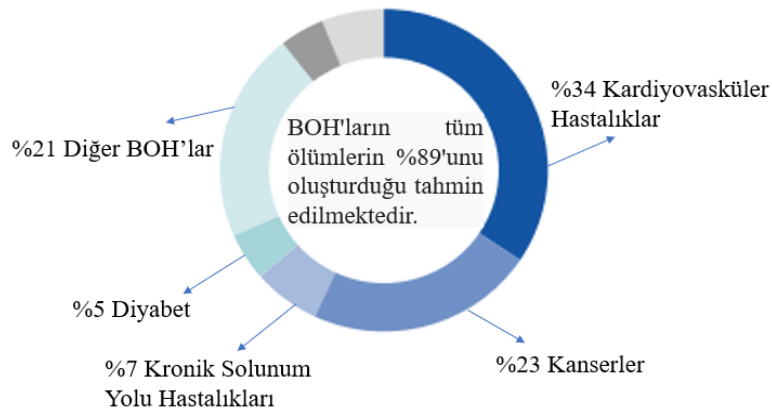
2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Hastalıkların Tanımı ve Özellikleri

21. yüzyılın en önemli sağlık sorunlarından olan kronik hastalıklar, bireyin yaşamının uzun bir dönemini kapsayan, bir ya da birkaç sistemde geriye dönüşsüz fonksiyon bozukluklarına yol açan, bireylerin yaşam alanlarını kısıtlayan hastalıklardır [26,27]. Sürekli tıbbi bakım ve destek tedavi gerektiren kronik hastalıklar, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH) olarak adlandırılmaktadır [2,27]. Kronik hastalıklarda risk faktörlerine maruziyetle hastalığın ortaya çıkması arasında uzun bir süre bulunmakla birlikte bu hastalıklarda genellikle tam kür sağlanamamakta ve kronik hastalık varlığı ömür boyu sürmektedir [28].

2.2. Kronik Hastalıkların Prevalansı

Türkiye’de kronik hastalıkların görülme sıklığı yaşa ve cinsiyete standardize edildiğinde %37,2 olarak bildirilmiştir [3]. Yüksek görülme oranıyla birlikte BOH küresel ölümlere neden olmakta ve dünya genelinde 57 milyon ölümün 41 milyonunu BOH’lar oluşturmaktadır. BOH’lara bağlı bu ölümlerin %31’inin kardiyovasküler hastalıklar, %16’sının kanserler, %7’sinin kronik solunum yolu hastalıkları ve %3’ünün diyabete bağlı olduğu bilinmektedir. Türkiye’de ise BOH’ların tüm hastalıkların %89’unu oluşturduğu ve tüm ölümlerin %34’ünden kardiyovasküler hastalıkların, %23’ünden kanserlerin, %7’sinden kronik solunum yolu hastalıklarının, %5’inden diyabetin ve %21’inden ise diğer BOH’ların sorumlu olduğu bildirilmiştir. Kronik hastalıkların tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de görülme sıklıkları yüksektir ve ölüm sebeplerinin büyük bir kısmını oluşturmaktadır (Şekil 2.1) [2,3].



Şekil 2.1 Türkiye’de BHO’lara Bağlı Ölüm Oranları

2.3. Kronik Hastalıklar ve Etkileri

Kronik hastalıklar bireylerde yetersizliklere, aktivite kısıtlamalarına yol açan, hastalığın getirdiği semptom ve komplikasyonlara bağlı olarak bireylerin yaşam kalitesini azaltan hastalıklardır [29]. Kronik hastalığı olan bireyler, kronik hastalık semptomları, tedavi ve uyum sürecinde karşılaştığı sorunlar doğrultusunda günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede zorluklar yaşayabildiği gibi bazı kronik hastalıkların aniden ortaya çıkması bireyin hastalığı tanınması ve kronik hastalıkla baş etmesinde de yetersizliklere neden olmaktadır [4,28].

Kronik hastalıkların gelişmesiyle birlikte bireylerde fizyolojik, psikolojik ve sosyal problemlerin görülmesi bireyin yaşamını birçok yönden etkilerken, hastalık sonrası meydana gelen komplikasyonlar da bireyin fonksiyonel kapasitesinde azalmalara yol açmakta ve çalışma durumunu olumsuz yönde etkilemektedir [25,30]. Aytap ve Özer'in (2021) yaptığı çalışmada, kronik hastalığı olan bireylerin depresyon riski yüksek bulunurken, depresyon sonucunda da hastalık yönetim sürecinin olumsuz yönde etkilendiği görülmüştür [30]. Gökçek ve arkadaşlarının (2019) KOAH'lı hastalarla yaptığı çalışmada, dispne düzeyinin fiziksel kısıtlılıklara neden olduğu, bireylerin kendilerini yetersiz hissettiği, rol performansında değişimler yaşadığı, çalışma ve sosyal çevreden uzaklaştığı, ruh halinin olumsuz etkilendiği belirtilmiştir [31]. Yapılan çalışmalarda, kardiyovasküler hastalıkların bireyler üzerinde fiziksel ve sosyal fonksiyonlarda azalmalara, fiziksel güç gerektiren durumlarda zorlanmalara, iyilik halinde bozulmalara neden olduğu belirtilmiştir [32,33]. Ayrıca kardiyovasküler hastalıkların stres, kaygı, konsantrasyon düzeylerinde bozulmalar ve uykusuzluk gibi psikolojik problemleri artırdığı ve bu sorunların kontrol kayıplarına ve öz bakımda yetersizliklere neden olduğu da belirtilmiştir [34]. Yümin ve arkadaşlarının (2017) tip 2 diyabetli hastalarla yaptığı çalışmada, nöropatisi olan diyabetli hastaların yaşam kalitesinin, çalışma hayatının, fiziksel ve ruhsal iyilik hâllerinin olumsuz yönde etkilendiği saptanmıştır [35].

Bireylerin yaşamını direkt olarak etkileyen kronik hastalıklar sadece bireylerin yaşam kalitesini bozmakla kalmamakta, aynı zamanda aile düzeninde de değişikliklere neden olmaktadır [5,36]. Kronik hastalık sonucu aile içerisinde kişilere yüklenen roller ve sorumluluklar olumsuz yönde etkilenirken bireylerde yerine getirilemeyen roller, gelir durumunun azalması, sosyal aktivitelerin gerilemesi ve tedavi maliyetlerinin karşılanmasında güçlüklerle de yol açmaktadır [28,37]. Ayrıca bazı kronik hastalıkların kötü prognoza sahip olması zamana bağlı olarak vücut fonksiyonlarının bozulmasına, yeti

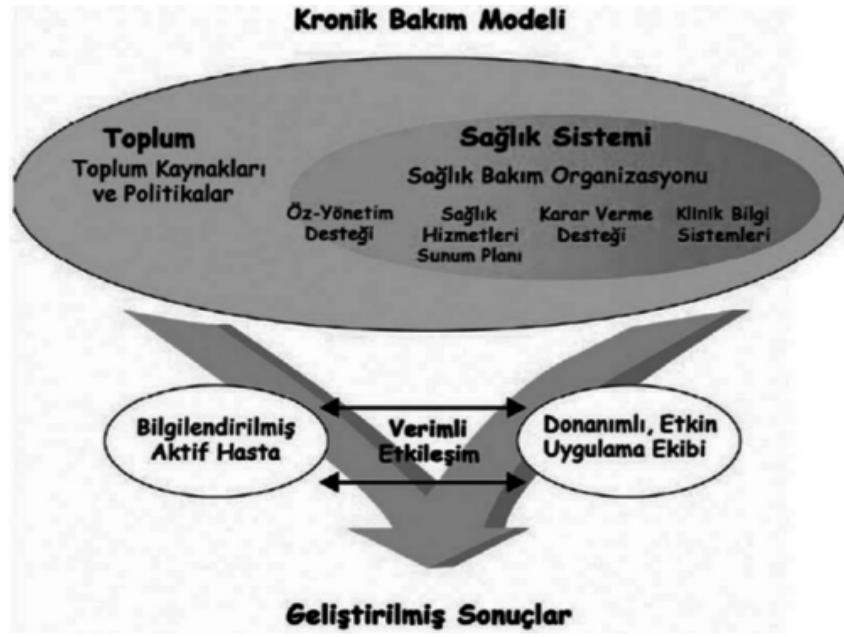
yitimlerine, bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede zorluklarla karşılaşmasına neden olmaktadır. Özellikle 65 yaş üstü kronik hastalığa sahip bireylerin aile üyeleri ya da başka kişiler tarafından bakıma ihtiyaç duyması, bireyin aile üyesi ya da bir bakım veren tarafından desteklenmesi, kronik hastalıklarda bakım yükü sorununu da beraberinde getirmektedir [37].

Kronik hastalık sıklığının artması ülkelerin sağlık sistemini olumsuz yönde etkilerken küresel bir tehdit oluşturmakta ve aynı zamanda bireylerde üretkenliğin azalmasına, iş gücü kayıplarına, sağlık harcamalarının artmasına, ekonomik sorunların yaşanmasına neden olmaktadır [5,38,39].

2.4. Kronik Hastalıkların Yönetimi

Kronik hastalıkların yönetimi, tıbbi tedavilerin yanı sıra hastalığın beraberinde getirmiş olduğu fizyolojik, psikolojik ve sosyal problemlerin de yönetilmesini ve kronik hastalıklarla baş etme becerilerinin kazandırılmasını içeren çok boyutlu ve dinamik bir süreçtir [5]. Bu nedenle, tıbbi tedaviyle birlikte bireylerin hastalık yönetim becerileri kazanması ve bireyin hastalığının önemini anlayarak yaşamını sürdürmesini gerektirmektedir [27,40]. Bireylerin hastalıkla ilgili yeterli bilgi ve beceriye sahip olması ve hastalık sürecini istikrarlı bir şekilde yönetmesi, bireylerin yaşam biçimindeki değişikliklere uyması, tedaviye uyum sağlaması, hastalık ve semptomların kontrol altına alınması ve gelişebilecek komplikasyonların önlenmesi açısından önemlidir [28,41].

Çok boyutlu etkisi olan kronik hastalıkların yönetimi hasta ve sağlık profesyonellerinin iş birliği içinde olması gerekliliğini ön plana çıkarmaktadır. Bu doğrultuda, kronik hastalık yönetimi için çeşitli modeller de kullanılmaktadır [40]. Bu modellerden bir olan ve sık tercih edilen, Kronik Bakım Modeli sağlık bakım organizasyonu, öz yönetim desteği, toplum kaynakları ve karar verme desteği gibi bileşenlerden oluşmaktadır (Şekil 2.2) [40-42]. Bu modelin önemli noktalarından birisi sağlık profesyonelleriyle birlikte hasta arasında verimli etkileşimin olmasıdır. Modele göre, mevcut durumla ilgili yeterli bilgi ve beceriye sahip bireyin kendi hastalığının yönetiminde aktif bir rol alması beklenilmekte ve gerekli donanıma sahip sağlık profesyonellerinin hastayla verimli etkileşimi sonucunda kronik hastalık yönetimi sağlanabilmektedir. Modelde, kronik hastalıkların yönetilmesi için hastalara verilen öz yönetim ve karar destek sistemleriyle, hastaların hastalık bakım sürecinde aktif bir şekilde rol alması amaçlanmaktadır [40,43].



Şekil 2.2. Kronik Bakım Modeli

Önemli bir halk sağlığı sorunu olan kronik hastalıkların yönetiminde, bireyin ailesi ve sağlık profesyonelleriyle birlikte hastalığını yönetmesi, tedavi seçeneklerine karar vermesi ve hastalık sonrası mevcut yaşam tarzı değişikliklerine uyum sağlaması önemlidir. Bu doğrultuda kronik hastalık yönetiminde, ekip çalışmasıyla birlikte bütüncül bakım verilerek bakımın sürekliliğinin sağlanması önemlidir [5,27,39].

2.5. Kronik Hastalıklarda Öz Yönetim

Kronik hastalıkların öz yönetiminde hastalığın tedavisinin sürdürülmesi, hastalığa bağlı gelişebilecek sorunların giderilmesi, hastalık semptomlarının yönetilmesi, hastalığa uyum sağlayarak gerekli davranış değişikliklerinin geliştirilmesi, sağlığın bozulmasına neden olan durumların önlenmesi, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının sürdürülmesi ve hastalık sürecinde bireyin kendi kendine takiplerini yapabilmesi amaçlanmaktadır [4,6,7].

Her kronik hastalığın öz yönetim sürecinde farklılıklar görülmektedir. Örneğin, tüm dünyada yaygın bir sağlık problemi olan kronik böbrek hastalıklarının, zorlayıcı bir öz yönetim süreci bulunmakta ve kronik böbrek hastalığına sahip olan bireylerin hastalık öz yönetiminde, düzenli olarak hastalık sürecinde izlem yapması (kan basıncı, kilo, kolesterol, kan glikoz düzeyleri), sıvı ve diyet alımlarını yönetebilmesi, düzenli aktivitede bulunması, sağlıklı yaşam tarzı davranışlarını benimsemesi ve yapması gerekmektedir [44].

Kardiyovasküler hastalıklarda öz yönetim, değiştirilebilir risk faktörlerinin (diyet, egzersiz, sigara içme vb.) kontrol altına alınması, kilo ve kan basıncı takiplerinin hasta tarafından takip edilmesi, hastalık tedavisinin düzenli olarak uygulanması, hastalık komplikasyonlarının önlenmesi ve yaşam tarzı değişikliklerinin yapılmasını kapsamaktadır [45,46]. Diyabet hastalığının öz yönetiminde, hastanın kan glikoz seviyesini normal aralıkta tutması, sağlıklı beslenme ve hastalık diyetine uyum sağlaması, kilo kontrolü, düzenli ve uygun fiziksel aktiviteyi sürdürmesi, kendi kendine kan glikoz seviyesi ölçümünü yapması ve sonuçlarını takip etmesi, günlük diyabet bakımını yapması, ayak ve cilt sorunlarını takip etmesi, stresle başa çıkabilmesi, sağlık kontrollerini düzenli aralıklarla yaptırması, akut ve kronik komplikasyonlar için risk faktörlerini kontrol altına alması beklenilmektedir [47,48]. Epilepsi hastalarının öz yönetiminde, ilaçların düzenli kullanılması, nöbetlerin kontrol altında tutulması, yeterli ve düzenli beslenmenin sürdürülmesi, yeterli uykunun sağlanması, stresin kontrol altında tutulması, hastaların sorunlarıyla psikososyal yönden başa çıkması ve baş etme stratejilerinin geliştirilmesi yer almaktadır [49].

Kronik hastalığı olan bireylerin hastalık sonrası doğru davranış değişiklikleriyle sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını sürdürebilmesi ve hastaların kendi hastalık sürecinde aktif rol alması gerekmektedir [50]. Kronik hastalıkların yönetilmesinde sağlık profesyonelleriyle iş birliği içerisinde hastalığını yöneten, erişebildiği kaynakları etkin bir şekilde kullanan, hastalık sonrası yaşam tarzı değişikliklerine uyum sağlayan, hastalığın getirdiği yeni sorunlar doğrultusunda kendisine özgü yeni hedeflere ulaşmada istekli olan ve baş etme stratejilerini etkili bir şekilde kullanan bireyler öz yönetimi yüksek olan bireyler olarak tanımlanmaktadır [28,41]. Lin ve Hwang'ın (2020) yaptığı çalışmada, öz yönetimi yüksek olan bireylerde tedaviye uyum düzeylerinin daha yüksek olduğu ve bireylerin olumlu baş etme davranışları gösterdikleri belirtilmiştir [51]. Hessler ve arkadaşlarının (2019) yaptığı çalışmada ise kronik hastalıklarda öz yönetimi yüksek olan bireylerde tuz, yağ, şekerli içecekler, tütün, alkol gibi sağlığa zararlı ürünlerin tüketiminde, stres ve depresyon düzeylerinde azalmalar görülürken, fiziksel aktivite düzeyinde ve tedavi uyumunda artışlar görülmüştür [52]. Ayrıca öz yönetimi yüksek olan hastalarda anksiyete, uyku problemleri, hastalıkla ilgili stres gibi durumların azaldığı görülürken bireyin kendi hastalığıyla ilgili öz bakım araçlarını (glikometre, tansiyon aleti vb.) daha etkin kullandığı görülmüştür [53,54]. Epilepsi hastalarıyla yapılan bir çalışmada, epilepsi hastalarında öz yönetimin ve olumlu davranış değişikliklerinin benimsenmesiyle bireylerde nöbet sayılarında azalma, ilaç tedavisine uyumda artma, sosyal iyilik halinde ve yaşam kalitelerinde artmalar görülmüştür

[55]. Diyabet hastalarında yapılan çalışmalarda, diyabet hastalarında öz yönetimin diyabet komplikasyonlarını ve ölüm riskini etkili bir şekilde azaltabildiği belirtilmiştir [56,57]. Yapılan başka bir çalışmada ise kronik böbrek hastalığı olan bireylerde öz yönetimin, öz bakım düzeyini olumlu etkileyerek tedaviye uyumu arttırdığı, bireylerin fiziksel ve psikolojik semptomlarında azalmalar sağlandığı görülmüştür [51]. Cui ve arkadaşlarının (2019) yaptığı çalışmada, kronik kalp yetmezliği olan hastalarda öz yönetim davranışlarının hasta bireylere kazandırılması sonucunda; hastaların ilaç uyum düzeylerinde, hastalıklarına özgü diyetlerinde, hastalık semptomlarının kontrol altında alınmasında olumlu değişimler görüldüğü ve hastaneye tekrar yatışlarda azalmaların olduğu saptanmıştır [58]. Literatürde yapılan diğer çalışmalarda ise, öz yönetimi düşük olan bireylerin kendi kendine hastalığı yönetemediği, hastalıkla ilgili yeterli bilgi ve beceriye sahip olmadığı, hastalığı kabullenemeyip tedavi gereksinimlerini yerine getiremediği, hastalıkla baş edemediği, riskli davranışları sürdürmeye devam ettiği ve yaşam tarzı alışkanlıklarını değiştiremediği ve bu bireylerde hastalığa bağlı komplikasyonlar ve kayıpların daha sık görüldüğü belirtilmiştir [47]. Akça ve arkadaşlarının (2018) hipertansiyonlu bireylerle yaptığı çalışmada, hastalık sürecinde aktif rol almayan bireylerde tedaviye uyum düzeylerinin düşük olduğu ve beraberinde yaşam kalitelerinin de azaldığı görülmüştür [59]. Lenferink ve arkadaşlarının (2017) KOAH'lı hastalar üzerinde yaptığı çalışmada, öz yönetim eylem planına katılan hastaların öz yönetim düzeyleri yüksek bulunurken solunum problemleriyle ilgili hastane yatışlarının düşük olduğu, katılmayan hastaların ise öz yönetim düzeyleri düşük bulunurken KOAH alevlenmelerinin daha sık yaşandığı ve solunumla ilişkili ölüm oranlarında artmaların olduğu saptanmıştır [60].

Kronik hastalıklarda öz yönetim; bireyin hastalıkla ilgili bilgisi, kişisel deneyimleri, tutum ve inançları, sosyokültürel yapısı, finansal kaynakları, bireyin motivasyonu, baş etme stratejileri ve sosyal destek sistemleri gibi birçok faktörlerden etkilenmektedir [27,61]. Diyabet hastalarında hastalık tipi, bireyin yaşı, diyabet süresi, depresyon varlığı, diyabet bilgisi, tedavi şekli, sosyal destek ve sağlık profesyonelleri ile hasta ilişkisi diyabette öz yönetim sürecini etkileyen faktörler arasında yer alırken; kronik böbrek hastalıklarında ilaç kullanım sayısı, sosyoekonomik durum, bireyin yaşadığı çevre ve kültür, tedavi rejiminin karmaşık olması, psikolojik sorunların varlığı ve hastalığa eşlik eden diğer hastalıkların varlığı öz yönetim sürecini etkilemektedir [28]. Epilepsi hastalarında ise öz yönetim; hastalığın şiddetinden, bireyin kişisel özelliklerinden, hastalıkla ilgili önceki deneyimlerden ve bireyin sağlıkla ilgili inanç ve tutumlarından etkilenmektedir [9].

Hastalık öz yönetim sürecini etkileyen birçok faktörün bulunması, bireylerin hastalık sürecine aktif katılımlarını da zorlaştırmaktadır [61,62]. Bu nedenle kronik hastalıkların öz yönetimini etkileyen durumlarda bireylerin yaşadığı ortamın değerlendirilmesi ve bireylerin ihtiyaçları doğrultusunda tedavi ve bakımın planlanması ve bireylerin desteklenmesi önemlidir. Bireylerin kronik hastalıklar ve beraberinde gelen sorunlarla baş etmesinde hasta merkezli bir yaklaşımın sergilenmesi gerekirken öz yönetim desteği kapsamında kronik hastalığı olan birey ve ailesine hastalık yönetimi hakkında güven, bilgi ve beceri sağlanması, öz bakımın sürekliliği için kaynak sağlanması, tedavi seçenekleri ve karar verme sürecinde desteklenmesi, karşılaşılan problemleri tanımlaması, baş etme ve güvenilir kaynaklardan sağlık bilgisine ulaşmasını ve sürecin koordineli bir şekilde yürütülmesini kapsamaktadır [40,43]. Dolayısıyla kronik hastalıkların yönetilmesinde ana nokta ve karar verme yetkisine sahip olan bireylerde hasta merkezli yaklaşımın sergilenmesi, bireylerin süreci kendi kendine yönetebilmesine imkân sağlanmaktadır [63].

Kronik hastalığı olan bireylerin hastalığı yönetebilmesi için temel olan öz yönetim becerilerine ve stratejilere de sahip olması gerekmektedir [41]. Temel öz yönetim becerileri kapsamında problem çözme, karar verme, kaynakları kullanma, hasta ve sağlık profesyonelleriyle ortak bir fikir oluşturma ve harekete geçme olmak üzere beş ana başlık yer alırken, öz yönetim stratejilerinde ise hastanın ihtiyaçlarına odaklanması, karar verme ve problem çözme becerisi kazanması, tıbbi tedaviyle birlikte duygusal ve sosyal yönetimin sağlanması yer almaktadır [5,27,41]. Bu doğrultuda öz yönetim stratejilerinin en temel basamağında, hasta ve ailesine eğitim verme yer almaktadır. Kronik hastalığı olan birey ve ailesine verilen eğitimler, hastanın hastalık sonrası yaşamına uyum sağlayabilmesini ve normal yaşamında hastalığı benimseyerek sürdürebilmesi için verilen özel eğitimleri içermektedir [64]. Ng ve arkadaşlarının (2021) yaptığı çalışmada, birinci basamak sağlık kurumlarında hastalara verilen eğitim ve psikososyal desteğin koroner arter hastalığı, hipertansiyon ve diyabet gibi kronik hastalıkların öz yönetimini olumlu yönde geliştirdiği, hastaların hastalık sürecini yönetmesinde ve aktif rol almasında yarar sağladığı ve bakım memnuniyetini artırdığı gösterilmiştir [65]. Azami ve arkadaşlarının (2018) yaptığı çalışmada, hastalara verilen öz yönetim eğitimi sonrası HbA1c, kan basıncı, vücut ağırlığında düzelmelerin olduğu ve diyabet öz yönetim davranışlarında önemli iyileşmelerin olduğu görülmüştür [66].

Kendi hastalık sürecinde aktif rol alan ve öz yönetimi yüksek olan bireylerde hastalığın kontrol edilebilir olduğu, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının sürdürüldüğü, hastalığa bağlı

gelişebilecek komplikasyonların önleildiği ve yaşam sürelerinin uzadığı belirtilmiştir [57]. Öz yönetim stratejileriyle kronik hastalıkların başarılı bir şekilde yönetilebileceği ve kronik hastalıklı bireylerin yaşamını daha iyi koşullarda sürdürebileceği belirtilmektedir. Bu doğrultuda kronik hastalığa sahip bireylerin öz yönetim düzeylerinin artırılması sağlık profesyonellerinin amaçları ve bakım uygulamaları arasında yer almalıdır [67].

2.6. Kronik Hastalıklarda Öz Yönetim ve Hemşirenin Rolü

Kronik hastalıkların öz yönetiminde hasta ve sağlık profesyonelleri arasında ilişki hastalıkların öz yönetim sürecini etkilerken, bakımlarının sürdürülmesinde de önemlidir [68,69]. Kronik hastalıkların yönetimde anahtar role sahip olan, bireye özgü ve bütüncül yaklaşım sergileyen hemşirelerin; eğitim, danışmanlık, bakımı organize etme, değişime uyum sağlama ve kaynak sağlama gibi birçok sorumluluğu bulunmaktadır [29]. Hemşirelik bakım planında, bireylerin özellikleri ve yaşadığı durum dikkate alınarak davranış değişiklikleri yapması ve beraberinde öz yönetim becerilerini geliştirmesi amaçlanmaktadır [5]. Hemşireler öncelikle hastaların sorunlarını belirleyerek onları desteklemekte, sonuçları hastayla birlikte değerlendirmekte ve gerekli durumlarda yeniden hedefler belirleyerek bakımı yönetmektedir [28,70]. Hemşirelik süreci basamakları değerlendirildiğinde, veri toplama aşamasında, hastanın geçmişteki ve şimdiki sağlık durumuyla ilgili veriler objektif ve subjektif olarak toplanmaktadır. Bu basamakta hemşireler, hastanın hastalık hakkında bilgi düzeyini, hastalığın birey üzerindeki etkisini, hastalığa özgü diyetle uyumunu, aktivite durumunu, tedaviye uyumunu, sağlık kontrollerini düzenli olarak takip etmesi gibi durumları değerlendirmektedir [5,70]. Tanılama aşamasında toplanan veriler doğrultusunda analiz ve sentezler yapılmakta, hastalara özgü belirlenen hemşirelik tanıları bireyin şimdiki veya ileride gelişebilecek sağlık durumlarına odaklanmaktadır [70]. Planlama basamağında, öz yönetim sürecine engel olan faktörler (bireyin motivasyonu, bilgi ve beceri düzeyi, sağlık tutum ve inanç düzeyi, sosyal desteği) dikkate alınarak bakım planlanmaktadır. Uygulama aşamasında, kronik hastalıklarda öz yönetimi geliştirmek amacıyla hastaya özgü planlanan girişimlerin uygulanmasında hastanın istekli olması ve girişimleri yapabilmesi beklenilmektedir [5]. Hemşirelik sürecinin en son basamağı olan değerlendirme basamağında hastanın yanıtları analiz edilirken, hastaya yönelik belirlenen hedeflere ulaşıp ulaşılmadığı kontrol edilmektedir [70]. Cho ve arkadaşlarının (2021) diyabetli bireyler üzerinde yaptığı çalışmada, diyabetin öz yönetiminde hemşirelik müdahalelerinden sonra bireylerdeki HbA1c düzeylerinin önemli derecede azaldığı görülmüştür [71]. Cui ve

arkadaşlarının (2019) kalp yetmezliği olan hastalarla yaptığı çalışmada, hemşireler tarafından yapılan eğitim programının hastaların ilaç uyum düzeylerinde, diyet değişikliklerinde, sosyal destek ve semptom kontrollerinde önemli derecede iyileşmelerin olduğu ve hastane yatışlarında önemli derecede azalmaların olduğu saptanmıştır [58]. Hemşirelerin kronik hastalık yönetiminde önemli yere sahip olduğu ve öz yönetim sürecini olumlu yönde etkilediği çalışma sonuçlarında görülmektedir. Bu doğrultuda hemşirelerin bakım sürecinde hastanın öz yönetim davranışlarını artırmaya odaklanması önemlidir [5,58].

2.7. Sağlık Arama Davranışları

Kronik hastalıklı bireyler, hastalık sürecinde karşılaştığı çeşitli sorunlara veya oluşabilecek sağlık problemlerine yönelik çözüm arayışlarına girmektedir. Bireylerin gerçekleştirdiği bu arayışlar sağlık arama davranışları olarak adlandırılırken, sağlık arama davranışları kapsamında, kendi kendine ilaç kullanma, sağlık profesyonelleri ile görüşme, internetten bilgi arama, bireyin çevresindeki kişiler ya da güvendiği kişiler tarafından edindiği bilgiler yer almaktadır [16,72]. Bir başka deyişle sağlık arama davranışı, kişilerin kendilerini iyi hissetmedikleri durumlarda tedavi edici eylemlere yönelik araştırmalar yapması ve çeşitli kaynaklardan bilgi toplamasıdır [18,73]. Sağlık arama davranışı bireyin sağlığının korunması, geliştirilmesi, sürdürülmesi ve hastalıklardan korunması için inandığı ve yaptığı davranışların bütünüdür. Kırac ve Öztürk'ün (2021) yaptığı çalışmada, sağlık arama davranışları online, profesyonel ve geleneksel sağlık arama davranışı yöntemleri olmak üzere üç başlık altında ele alınmıştır [16]. James ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmada kronik hastalıklı bireylerin hastalığı hakkında bilgilerin %62'sini doktorlardan, %60'ını internetten ve %40'ını televizyondan elde ettiği görülmüştür [74]. Sağlık arama davranışı ve medya ile ilgili yapılan bir çalışmada, sağlıklı ilgili bilgi edinme amacıyla medya araçlarının kullanım oranı %93,8 olarak bulunurken, medya araçlarının kullanımında internet, en çok kullanılan araç olarak (%71,4) ilk sırada yer almaktadır [18]. Bireylerin internet üzerinde yaptığı araştırmaların içeriği değerlendirildiğinde, akciğer kanseri, meme kanseri, diyabet ve KOAH gibi kronik hastalığı olan bireylerin diğer hastalıklara göre daha fazla sağlık arama davranışında bulunduğu ve hastalık farkındalık günlerinde arayışlarının arttığı gözlemlenmiştir [75].

Bireylerin internet, televizyon, online dergi ve kitap gibi kitle iletişim araçlarını kullanarak hastalıklarıyla ilgili yaptığı araştırmalar online sağlık arama davranışı olarak adlandırılmaktadır. Online sağlık arama davranışı internetten hastalıkla ilgili araştırmaların

yapılmasını, televizyon programlarının takip edilmesini, internet aracılığıyla hekimlerle iletişimin kurulmasını, ilaç yan etkilerinin internet ortamından öğrenilmesini, hastalıkla ilgili online dergi ve kitaplar üzerinden yapılan bilgi aramalarını kapsamaktadır [72,76]. Online sağlık arama davranışları bireylerin mevcut sağlık durumları, hastalıkları, ilaçları hakkında bilgi sahibi olmasını, hastalığın getirdiği sorunların çözülmesini, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının öğrenilmesini, aynı zamanda sağlık profesyonelleriyle veya aynı hastalığa sahip bireylerle iletişimin kurulmasını sağlamaktadır [12,76]. Online sağlık arama davranışlarıyla bireyler, sağlık/hastalık hakkında bilgilere kolay erişebilmekte, hastalık belirti bulgularını saptayarak ön tanı koyabilmektedir. Ayrıca mevcut hastalığı hakkında sağlık profesyonelleriyle birlikte iletişime geçerek hastalığıyla ilgili yaşadığı sorunlara çözüm bulabilmekte ve bireylerin kendi sağlık durumlarıyla ilgili karar almasında aktif rol almalarına katkı sağlayabilmektedir [77]. Online sağlık arama davranışlarının avantajları arasında bilgiye ulaşma yollarının kolay ve pratik olması yer alırken, dezavantajlarında sağlık profesyonellerinden elde edilen bilgilerin önüne geçmesi, güvenilirlik sorunları, korku, endişe gibi duyguların yaşanması ve sağlıkla ilgili kaygıların ortaya çıkması bulunmaktadır [17,18,77]. Teknolojinin gelişmesiyle birlikte bireylerin hastalıklarıyla ilgili bilgiye ulaşmasında ve hastalık yönetim sürecini sürdürebilmesinde web tabanlı eğitimlerin önemi son dönemlerde artmaktadır [78]. Kelly ve arkadaşlarının (2018) diyabetli bireylerle yaptığı çalışmada, öz yönetimi desteklemek için web tabanlı ve mobil teknolojilerin kullanıldığı görülmüş ve online ortamda hastalıklarla ilgili bilgilendirme ve eğitimlerin yapılmasının kronik hastalığa sahip olan bireylerin ihtiyaçlarını karşıladığı belirtilmiştir [79].

Teknolojinin gelişmesi, bilimdeki gelişmeler, yaşam süresinin uzaması ve kronik hastalıkların artması ile profesyonel (modern) tıbbı duyulan ihtiyaçlar da artırmıştır. Profesyonel sağlık arama davranışları bireylerin sağlık kuruluşlarına başvurma durumunu ve hastalık sürecinde sağlık profesyonellerinin yönlendirmesini içeren sağlık davranışlarıdır [16]. Sağlık profesyonelleri içerisinde hekim, hemşire, ebe, fizyoterapist gibi birçok meslek grupları yer almaktadır. Bireyler hastalık sürecinde yaşadığı sorunlarla ilgili bilgiye ulaşmada sağlık kuruluşlarına başvurarak sağlık profesyonellerinden destek almaktadır [16]. Profesyonel tıp alanında hastalıklar kesin, gerçekçi, güvenilir, eğitim almış kişiler tarafından ve bilimsel temelli yaklaşımlarla tedavi edilmektedir [80]. Teknolojinin gelişmesiyle sağlık kurumlarında yeni alet, cihaz ve tekniklerin hastalıkların tanı ve tedavisinde önemli yere sahip olması bireylerin profesyonel sağlık arama davranışlarına başvurmalarını artırmıştır

[16,80].

Geleneksel tedavi yöntemlerinin geçmişten günümüze kadar çeşitli sağlık uygulamalarında yer alması ve hem dünyada hem de ülkemizde önemli yere sahip olması, online ve profesyonel sağlık arama davranışlarının yanı sıra bireylerin geleneksel sağlık arama davranışlarına da başvurma sıklığını artırmaktadır [81]. Geleneksel sağlık arama davranışı geleneksel yöntemlerin kullanılarak sağlığın korunması, hastalıkların önlenmesi ve tedavi edilmesinde yararlanılan yöntemlerdir. Geleneksel yöntemler kırsal bölgede yaşayan kişilerde, kuşaktan kuşağa aktarılan, inançlar ve kültürel faktörler gibi etmenlerden elde edilen bilgiler doğrultusunda hastalıkların tedavisinde kullanılan yöntemlerdir [82]. Geleneksel sağlık arama davranışında bitkisel ilaçlar, arkadaş çevresi, güvenilir kişilerden elde edilen bilgiler ve aynı hastalığa sahip olan kişilerin tavsiyeleri yer almaktadır [16]. Yapılan bir çalışmada, baş ağrısı, hazımsızlık, ateş gibi sağlık sorunları yaşayan bireylerin sağlık kuruluşuna başvurmak yerine kendi kendine ilaç tedavisine başladığı belirtilmiştir. Geleneksel sağlık arama davranışlarının kullanılması kişinin yaşadığı çevre, cinsiyet, sağlık inancı, eğitim düzeyi gibi faktörlerden etkilenmektedir [83,84]. Bireylerin modern tıpta yeni kullanılan tedavi yöntemlerine karşı şüphe duyması veya olası yan etkilerinden korunmak istemeleri, maliyetinin düşük olması, hastalık tedavisinde kullanılan araç-gereçlerin hasta veya çevresinde var olması kişilerin geleneksel sağlık arama davranışlarını tercih etme nedenleri olarak bildirilmiştir [84].

Sağlığı tehdit eden durumlarda sağlık arama davranışları bireylerin başa çıkma stratejileri geliştirmesinde, hastalık tedavi sürecinde karar almasında, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimseyerek davranış değişikliği geliştirmesinde ve koruyucu sağlık davranışlarını sürdürmesinde önemli yere sahiptir [12,15]. Bireyler tarafından tercih edilen sağlık arama davranışları bireylerin algıladıkları sağlık durumları hakkında bilgi verirken, hastalık teşhisi, tedavisi ve iyileşme süreçlerini doğrudan etkilemekte ve hastalıkların kontrol altına alınmasında büyük önem taşımaktadır [14]. Madrigal ve Escoffery'in (2019) yaptığı çalışmada, kronik hastalığı olan bireylerin sağlık arama davranışlarına başvurma durumlarının yüksek olduğu görülmektedir [85]. Sağlık arama davranışları bireylerin farklı bilgi arama seçeneklerini öğrenmesini teşvik ederken, sağlık/hastalık hakkında bilgilerinin artmasına, alternatif tedavi yöntemleri hakkında bireylerin bilgi sahibi olmasına, bireylerin elde ettiği bilgileri sağlık profesyonelleriyle iş birliği içerisinde değerlendirmesine katkı sağlamaktadır [12]. Bununla birlikte sağlık arama davranışları bireylerin hastalık sürecinde yaşadığı sorunlara cevap bulmasını sağlarken, bireylerdeki hastalığa bağlı gelişen stres,

anksiyete ve korku gibi duyguların azaltılmasına, mevcut tedavilerin devam edilmesinde motivasyonun sağlanmasına ayrıca bireyin kendi kendine bakımını üstlenmesine de katkı sağlamaktadır [12,86].

2.8. Sağlık Arama Davranışlarını Etkileyen Faktörler

Sağlık arama davranışları, kişisel faktörler, hastalığa ait faktörler, toplumsal faktörler, sağlık hizmetleriyle ilgili faktörler ve sosyal çevre gibi birçok faktörden etkilenmektedir [16]. Kişisel faktörler içerisinde aile, iş, eğitim durumları, bireyin öncelikleri ve yaşam tarzı yer almaktadır. Yapılan çalışmalarda yaş ve cinsiyetin sağlık arama davranışlarını etkilediği, kadınların erkeklere göre daha fazla sağlık hizmetlerinden yararlandığı, sağlık kurumlarına gittikleri ve sağlık arama davranışında bulundukları, ayrıca genç ve orta yaştaki bireylerin yaşlı bireylere göre daha fazla sağlık arama davranışında bulunduğu görülmüştür [16,87]. Ulaşılan bilgilerin doğruluğunun seçilmesinde bireylerin eğitim düzeyinin önemli olduğu ve sağlık arama davranışlarını doğrudan etkilediği belirtilmiştir [13,88]. Abuduxike ve arkadaşlarının (2020) yaptığı çalışmada, eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin sağlık arama davranışlarının ve sağlık kurumlarından hizmet alma durumlarının eğitim düzeyi düşük olan bireylere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır [89]. Ayrıca kişilerde eğitim seviyesinin artmasıyla sağlıkla ilgili sorunların fark edilmesinde ve sağlık hizmetlerinden yararlanmalarda da artışlar görülmektedir [87].

Sağlık arama davranışlarını etkileyen hastalığa ait faktörler arasında, bireyin hastalık hakkında bilgi sahibi olma durumu, hastalık tipi ve derecesi, sağlık/hastalığı algılama biçimi, geçmiş hastalık deneyimleri, hastalık sonuçlarına yönelik korkuları, hastalık sürecinde sağlık profesyonelleri veya başka kişilerden yardım alma/reddetme durumları, hastalık tedavisine ilişkin inançları ve hastalık nedeniyle bireyin yaşadığı duygular yer almaktadır [72,90,91]. Bireylerin ailesinde veya yakın çevresinde genetik bir hastalığın olması bireylerde hastalık oluşma riskini artırmaktadır. Bu nedenle hastalığa yatkınlığı olan bireylerin hastalık öncesinde koruyucu ve önleyici sağlık arama davranışları ve eylemlerinde bulunma oranları artmaktadır. Ayrıca bireylerde görülen hastalıkların, hastalık tipi ve belirtileri sağlık arama davranışları açısından önem taşımaktadır [72]. Ani başlangıçlı veya şiddetli belirtileri olan hastalıklarda sağlık arama davranışları daha fazla görülürken, hastalığın hafif algılanması ve medikal tedavi ihtiyacı olmaması bireylerde sağlık arama davranışı kullanımını azaltmaktadır [18]. Sun ve arkadaşlarının (2021) yaptığı çalışmada, hastalık semptom sayısının yüksek olduğu durumlarda bireylerin sağlık arama

davranışlarına daha çok başvurduğu görülmüştür [19]. Thompson ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmada ruhsal sağlık sorunu olan bireylerin fiziksel sağlık sorunu olan bireylere göre daha fazla sağlık arama davranışında bulunduğu ve birinci basamak sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlandığı saptanmıştır [22].

Sağlık arama davranışlarını etkileyen toplumsal ve sosyal faktörler içerisinde, bireyin kültürü, inanç ve gelenekleri, çevresindeki kişilerden yardım alma durumu, maddi ve manevi desteği, sosyoekonomik durumu, çalışma koşulları ve sağlık kurumuna ulaşım durumları yer almaktadır [90]. Bireyin yaşadığı çevre, sağlığın geliştirilmesi ve korunmasını, hastalıkların önlenmesini, hastalık sonrası yaşam tarzı değişikliklerine uyumu ve sağlık kurumlarına başvuru durumlarını etkilemektedir [92]. Sağlık/hastalık bilincinin yüksek olduğu toplumlarda sağlık hizmetinden yararlanma ve sağlık arama davranışlarının daha fazla kullanıldığı görülmektedir. Sosyal güvencesi olan, düzenli ve sürdürebilir meslek sahibi olan ve gelir kaynağı yüksek olan kişilerde sağlık arama davranışlarının olumlu yönde etkilendiği saptanmıştır [92]. Musinguzi ve arkadaşlarının (2018) hipertansiyonlu bireylerle yaptığı çalışmada daha iyi sosyoekonomik statüye sahip olan hastaların, hastalıklarına daha iyi uyum sağladığı ve sağlık arama davranışlarına daha fazla başvurduğu görülmürken, kötü sosyoekonomik statü, işsizlik, etkili sosyal ağların olmaması, tedavi merkezlerine uzaklık ve maliyetin fazla olması sağlık arama davranışlarını olumsuz yönde etkilemektedir [90]. Benzer başka bir çalışmada ise maliyet ve ulaşımın sağlık arama davranışlarını olumsuz yönde etkilediği görülmüştür [93].

Sağlık arama davranışlarını etkileyen sağlık hizmeti sunumu ile ilgili faktörler ise; ilaç, sağlık hizmeti ve hizmeti sunan kişilerle yaşanan sorunlar, bakımın kalitesi ve hastaların kurumlarda bekleme süreleridir [90]. Gelişmiş sağlık kurumlarının genellikle kentlerde bulunması, sağlık profesyonellerinin sayılarının eksik olması kırsalda yaşayan bireylerin sağlık arama davranışlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Ayrıca sağlık hizmetlerine ulaşım sorunu olan bireylerde zaman ve maliyetin artması bireylerin sağlık arama davranışlarını olumsuz yönde etkilerken geleneksel sağlık arama davranışlarının modern sağlık arama davranışlarına göre daha fazla tercih edilmesine neden olmaktadır [94].

2.9. Sağlık Arama Davranışları ve Hemşirelik

Sağlık/hastalık durumları ve hastalıkların beraberinde getirdiği sorunlar bireylerin sağlığını iyileştirmeye yönelik arayışlarda bulunmalarına neden olmaktadır. Yoğun ve sürekli tedavi gerektiren hastalıkların varlığı, hastane yatışlarının olması, bireylerin günlük

yaşam aktivitelerini yerine getirmede güçlükler yaşaması bireylerin hastalıklar ve tedavileri hakkında daha sık bilgiye ihtiyaç duymasına neden olmaktadır [95]. Akut sorunu olan bireylerin sağlık profesyonellerine başvurmadan önce hastalık semptomları ve hastalık şiddeti hakkında online araştırmalar yapması, bazı bireylerin ise sağlık profesyonelleri yerine daha kolay ve ulaşılabilir olması nedeniyle güvenilir ve kanıta dayalı olmayan geleneksel yöntemlere başvurması sağlık arama davranışlarının hastalık yönetimi üzerindeki etkisini göstermektedir [16,96]. Sağlık arama davranışları bireyin sağlık/hastalık durumuna ilişkin bilimsel veya bilimsellik dışı bilgiye ulaşmasını, hastalığa tanı koyulmasını ve tedaviye başlamasını etkilemektedir. Hastaların kendi kendine edindikleri bilgilere güvenerek hastalıklarına ilişkin tedavi uygulamaları yapması hatalı uygulamalara neden olabildiği gibi bu durum toplumsal bir sağlık sorunu olarak da risk oluşturmaktadır [97]. Bu nedenle sağlık profesyoneli olan hemşireler bilgi arayışında bulunan bireylere güvenilir kaynaklardan bilgi sağlama konusunda danışmanlık yapmalı, kanıta dayalı uygulamalar hakkında bilgi vermeli, bireylerin güncel bilgiler elde etmesini sağlamalı, danışmanlık ve eğitim vererek bireyleri sağlık/hastalık durumları hakkında desteklemeli ve bu sayede eksik veya yanlış bilgilere bağlı gelişebilecek hatalı uygulamaların önüne geçmelidir [95].

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı kronik hastalığı olan bireylerde öz yönetim ve sağlık arama davranışlarının belirlenmesi ve aralarındaki ilişkinin ortaya konulmasıdır.

3.2. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma tanımlayıcı, kesitsel tipte yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Özellikleri

Bu araştırma, 06.01.2023-27.02.2023 tarihleri arasında Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin dahiliye, göğüs hastalıkları ve kardiyoloji kliniklerinde yürütülmüştür. Dahiliye, göğüs hastalıkları ve kardiyoloji klinikleri haftanın her günü 24 saat hizmet vermektedir. Dahiliye kliniğinde sorumlu hemşire dahil olmak üzere toplam 11 hemşire, sekiz hekim görev yapmakta olup, dahiliye kliniğinde toplam 24 hasta yatağı bulunmaktadır. Göğüs hastalıkları kliniğinde sorumlu hemşire dahil olmak üzere toplam 10 hemşire ve üç hekim görev yapmakta olup, göğüs hastalıkları kliniğinde toplamda 22 hasta yatağı bulunmaktadır. Kardiyoloji kliniğinde ise sorumlu hemşire dahil olmak üzere toplam 13 hemşire ve altı hekim görev yapmakta olup, kardiyoloji kliniğinde toplamda 22 hasta yatağı bulunmaktadır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu araştırmanın evrenini, araştırmanın yürütüldüğü hastanenin dahili kliniklerine tanı ve tedavi amacıyla başvuran, kronik hastalığı bulunan bireyler oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemi ise, dahili kliniklerde (dahiliye, göğüs hastalıkları ve kardiyoloji) kronik hastalık tanısıyla yatan ve araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan bireyler oluşturmuştur. Araştırmanın örneklem sayısının hesaplanmasında G*Power 3.1.9.7 programı kullanılmıştır. Deniz ve Çimen'in (2021) yaptığı araştırma sonuçları temel alınarak yapılan analizde sağlık arama davranışı puan ortalamaları kullanılmış ve %80 güç, %95 güven aralığı ve 0,45 etki düzeyinde çalışmaya 220 bireyin alınması planlanmıştır [14].

Araştırmaya dahil edilme kriterleri;

- 18 yaş ve üzeri olan

- En az bir kronik hastalık tanısı olan
- Türkçe konuşan
- Bilişsel sorunu olmayan
- Araştırmaya katılmaya onam veren bireyler çalışmaya dahil edilmiştir [12,14].

Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri;

- 18 yaş ve altı olan
- Yoğun bakımda yatan
- İletişim kurmayı engelleyici akut bir sorunu olan
- Nöropsikiyatrik hastalık tanısı olan
- Araştırmaya katılmaya onam vermeyen bireyler çalışmaya dahil edilmemiştir.

3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Öz yönetim ve sağlık arama davranışları araştırmanın bağımlı değişkenleridir. Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, iş durumu, medeni durum, birlikte yaşadığı kişiler, sosyoekonomik durum, BKİ, sigara ve alkol kullanma durumu, kronik hastalık tanıları, kronik hastalık tanı süresi, kronik hastalıkla ilgili düzenli kontrollerin yapılma durumu, kronik hastalık için kullanılan tedaviler, kronik hastalıkla ilgili bilgi alma durumu, kronik hastalıkla ilgili bilgi kaynakları ve son bir ay süresince sağlık durumunun subjektif değerlendirilmesi araştırmanın bağımsız değişkenleridir.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri, Kişisel Bilgi Formu, Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği ve Sağlık Arama Davranışı Ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

3.6.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından geliştirilen formda, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, iş durumu, medeni durum, birlikte yaşadığı kişiler, sosyoekonomik durum gibi sosyodemografik özellikler ve kronik hastalık tanıları, tanı süreleri, kronik hastalıkla ilgili düzenli kontrol yaptırma durumları, kronik hastalıklarına ilişkin kullandıkları tedavi yöntemleri, ilaç sayıları, kronik hastalığa ilişkin sorun yaşama durumları, kronik hastalıkla ilgili bilgi alma durumları, bilgi kaynakları ve sağlığının nasıl değerlendirdiğine ilişkin toplam 19 soru bulunmaktadır [8,25].

3.6.2. Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği

Ngai ve arkadaşları (2020) tarafından geliştirilen Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği 21 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin ‘kendini damgalama’, ‘damgalamayla baş etme’, ‘sağlık bakım etkinliği’ ve ‘tedavi uyumu’ olmak üzere 4 alt boyutu bulunmaktadır [10].

Kendini Damgalama Alt Boyutu (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7. madde): Kronik hastalığı olan bireylerin, sosyal ortamlara ve diğer insanlara karşı duygu ve düşünce düzeylerini içermektedir.

Damgalamayla Baş Etme Alt Boyutu (8, 9, 10, 11, 12. madde): Kronik hastalığı olan bireylerin, hastalıkla ilgili yaşadığı sorunlara yönelik baş etme düzeylerini içermektedir.

Sağlık Bakım Etkinliği Alt Boyutu (13, 14, 15, 16. madde): Kronik hastalığı olan bireylerin, kendi sağlığını yönetebilme, hastalık ve tedavisi hakkında bilgi sahibi olma düzeylerini içermektedir.

Tedavi Uyumu Alt Boyutu (17, 18, 19, 20, 21. madde): Kronik hastalığı olan bireylerin, hastalık tedavisine/ilaçlarına uyum durumlarını içermektedir.

Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği maddeleri 5’li likert yöntemi ile hazırlanmış olup, her madde ‘asla=1 puan, nadiren=2 puan, ortalama=3 puan, oldukça sık=4 puan ve her zaman=5 puan’ şeklinde değerlendirilmektedir. Tedavi Uyumu alt boyutundaki maddelerin işaretlenmesinde ters kodlama yapılmaktadır. Ölçekten alınan puanlar 5’e yaklaştıkça öz yönetimin arttığını, 1’e yaklaştıkça öz yönetimin azaldığını göstermektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Öztürk ve arkadaşları (2021) tarafından yapılmış ve ölçeğin ‘kendini damgalama’ alt boyutunda cronbach alpha katsayısı 0,876 ‘damgalamayla baş etme’ alt boyutunda cronbach alpha katsayısı 0,85 ‘sağlık bakım etkinliği’ alt boyutunda cronbach alpha katsayısı 0,82 ve ‘tedavi uyumu’ alt boyutunda cronbach alpha katsayısı 0,789 olarak hesaplanmıştır [25]. Bu çalışmada toplam ölçeğin cronbach alpha katsayısı 0,82 ‘kendini damgalama’, ‘damgalamayla baş etme’, ‘sağlık bakım etkinliği’ ve ‘tedavi uyumu’ alt boyutlarının cronbach alpha katsayıları sırasıyla 0,83, 0,81, 0,82 ve 0,80 olarak hesaplanmıştır.

3.6.3. Sağlık Arama Davranışı Ölçeği

Kıraç ve Öztürk (2021) tarafından geliştirilen Sağlık Arama Davranışı Ölçeği 12 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin ‘online sağlık arama davranışı’, ‘profesyonel sağlık arama davranışı’ ve ‘geleneksel sağlık arama davranışı’ olmak üzere 3 alt boyutu bulunmaktadır [16].

Online Sağlık Arama Davranışı Alt Boyutu (1, 2, 3, 4, 5, 6. madde): Hastalıkla ilgili internet, televizyon, online dergi ve kitap kullanma düzeylerini içermektedir.

Profesyonel Sağlık Arama Davranışı Alt Boyutu (7, 8, 9. madde): Hastalık halinde hekime başvurma durumu ve hekimin yönlendirmesine uyma düzeylerini içermektedir.

Geleneksel Sağlık Arama Davranışı Alt Boyutu (10, 11, 12. madde): Hastalık tedavisi için bitkisel ilaçlara başvurma ve diğer kişilerin tavsiyelerine uyma durumunu içermektedir.

Sağlık Arama Davranışı Ölçeği maddeleri 5’li likert tipi ölçekte ‘kesinlikle katılmıyorum=1 puan, katılmıyorum=2 puan, kararsızım=3 puan, katılıyorum=4 puan ve tamamen katılıyorum=5 puan’ şeklinde değerlendirilmektedir. Ölçekten elde edilen toplam puanlar 5’e yaklaştıkça sağlık arama davranışının yüksek olduğu, 1’e yaklaştıkça sağlık arama davranışının düşük olduğunu göstermektedir. Ölçeğin cronbach alpha katsayısı 0,755 olarak hesaplanmıştır [16]. Bu çalışmada toplam ölçeğin cronbach alpha katsayısı 0,78, ‘online sağlık arama davranışı’, ‘profesyonel sağlık arama davranışı’ ve ‘geleneksel sağlık arama davranışı’ alt boyutlarının cronbach alpha katsayıları sırasıyla 0,76, 0,78 ve 0,77 olarak hesaplanmıştır.

3.7. Ön Uygulama

Veri toplama sürecinden önce çalışmanın yürütüldüğü hastanenin dahili kliniklerinde 7 hasta ile ön uygulama yapılmıştır. Yapılan değerlendirme sonucunda tüm sorular anlaşılır ve kolay şekilde cevaplanabilir olduğu için anket formlarında değişiklik yapılmamış olup, formlar uygulanmaya başlanmıştır. Ön uygulamada doldurulan anketler araştırma verilerine dahil edilmemiştir.

3.8. Verilerin Toplanması

Araştırma, 06.01.2023-27.02.2023 tarihleri arasında Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nin dahiliye, göğüs hastalıkları ve kardiyoloji kliniklerinde yürütülmüştür. Kişisel Bilgi Formu, Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği ve Sağlık Arama Davranışı Ölçeği araştırmacı tarafından hastalara yüz yüze görüşme tekniğiyle uygulanmıştır. Yaklaşık 20 dakika süren veri toplama sürecinde öncelikle araştırmaya dahil edilme kriterleri doğrultusunda hastaların en az bir tane kronik hastalık tanısı varlığı, bilişsel durumların değerlendirilmesi için tarih ve saat bilgisi sorulmuş ve araştırmaya dahil edilme kriterlerine uygun hastalara veri toplama formları uygulanmıştır.

Veri toplama sürecinde dahiliye kliniklerinde kronik hastalık tanısıyla yatan toplam 249 kişiye ulaşılmış, ancak bunlardan 2'si yabancı uyruklu olduğu için, 5'i CBAP cihazına bağlı olduğu için, 13'ü sorulan sorulara cevap veremediği için ve 9'u araştırmaya katılmaya yazılı onam vermediği için örnekleme dahil edilememiş olup, belirlenen örneklem büyüklüğü olan 220 bireyin katılımı ile çalışma tamamlanmıştır.

3.9. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya başlamadan önce Amasya Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul'undan onay alınmıştır (Tarih: 02.12.2022, Sayı:104626). Araştırmanın yürütüldüğü hastaneden ön izin ve Amasya İl Sağlık Müdürlüğü'nden kurum izni alınmıştır (Tarih: 15.12.2022, Sayı: E-68724985-044). Çalışmaya katılmayı kabul eden bireylerden yazılı ve sözlü onam alınmıştır.

3.10. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde IBM SPSS Statistics 23.0 programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, ortanca (medyan), minimum ve maksimum değerler kullanılmıştır. Kolmogorov-Smirnov testi sonucu değişkenlerin normal dağılmadığı belirlendiği için, iki grup arasında ölçek puanlarının karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi, ikiden fazla grup ortalamalarının karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerin kendi aralarındaki ilişki ve ölçekler arasındaki ilişki Pearson korelasyon testi ile incelenmiştir. Çalışmada istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Bu bölümde kronik hastalığı olan bireylerin sosyodemografik özellikleri, öz yönetim düzeyleri ve sağlık arama davranışlarına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.1. Bireylerin Demografik Özelliklerinin Dağılımları

Değişkenler (n=220)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	95	43,2
Erkek	125	56,8
Eğitim durumu		
İlköğretim	151	68,6
Lise	50	22,8
Üniversite	19	8,6
Çalışma durumu		
Çalışıyor	69	31,4
Çalışmıyor	182	82,6
Medeni durum		
Bekar	54	24,5
Evli	166	75,5
Sosyoekonomik durum		
Gelir giderden az	124	56,4
Gelir gidere eşit	82	37,2
Gelir giderden fazla	14	6,4
Sigara kullanımı		
Evet	78	35,5
Hayır	142	64,5
Alkol kullanımı		
Evet	25	11,4
Hayır	195	88,6
Düzenli kontrol		
Evet	203	92,3
Hayır	17	7,7
Sağlık durumunu nasıl algıladığı		
Çok kötü	25	11,4
Kötü	72	32,7
Orta	86	39,1
İyi	35	15,9
Çok iyi	2	0,9
	Mean±SS	Medyan (Min-Max)
Yaş (yıl)	64,14±11,99	66,5(19-86)
BKI (kg/m ²)	28,51±5,61	27,34(15,74-50,78)

SS: Standart Sapma

Tablo 4.2. Bireylerin Hastalıkla İlgili Özelliklerinin Dağılımları

Değişkenler (n=220)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kronik hastalık tanısı*		
Hipertansiyon	139	63,18
Diyabet	112	50,9
Kardiyovasküler hastalıklar	112	50,9
Solunum sistemi hastalıkları	73	33,18
Kanser	10	4,54
Kronik böbrek yetmezliği	9	4,09
Romatizmal hastalıklar	7	3,18
Diğer hastalıklar**	18	8,18
Son 3 ayda yaşanan sorunlar*		
Solunum sistemiyle ilişkili sorunlar***	190	86,36
Ağrı	130	59,09
Kardiyovasküler sistemle ilişkili sorunlar****	121	55,01
Yorgunluk	51	23,18
Endokrin sistemle ilişkili sorunlar*****	37	16,81
Nörolojik sistemle sorunlar*****	30	13,63
Baş dönmesi	15	6,81
Bulantı-kusma	14	6,36
Diğer sorunlar*****	17	7,72
Tedavi yöntemleri*		
Medikal tedavi	212	96,36
Diyet uygulaması	125	56,81
Buhar tedavisi	49	22,27
İnsülin tedavisi	43	19,54
Kanser tedavisi	9	4,09
Diyaliz tedavisi	8	3,93
Sorun yaşadıkları zaman yapılan uygulamalar		
Hekime başvurma	181	82,3
Dinlenme	19	8,7
Nefes egzersizi	10	4,5
Medikal tedavi	10	4,5
	Mean±SS	Medyan (Min-Max)
Tanı süresi (yıl)	11,77±8,60	10(1-40)
İlaç sayısı (yıl)	4,68±2,22	4(1-12)

SS: Standart Sapma

*n birden fazla yanıt verilmiştir

**(Tiroid hastalıkları, karaciğer sirozu, benign prostat hiperplazisi, ailevi akdeniz ateşi)

*** (Dispne, wheezing solunum, sekresyon, takipne, siyanoz, öksürük, hemoptizi)

**** (Taşikardi, aritmi, hipertansiyon)

***** (Hidrosiz, poliüri, ödem, hiperglisemi, hipoglisemi, polidipsi)

***** (Titreme, parestezi, paralizi, distoni, bayılma, güçsüzlük, bilinç kaybı)

***** (Ağız kuruluğu, hipertermi)

Tablo 4.1’de kronik hastalığı olan bireylerin demografik özelliklerine göre dağılımları yer almaktadır. Araştırma kapsamına alınan hastaların yaş ortalaması 64,14±11,99’dur. Hastaların %43,2’sinin kadın, %68,6’sının ilköğretim mezunu, %75,5’inin evli olduğu,

%82,7'sinin çalışmadığı, %56,4'ünün sosyoekonomik seviyesinin gelir giderden az olduğu belirlenmiştir. Hastaların beden kitle indeksleri ortalamalarının $28,51 \pm 5,61$ olduğu saptanmıştır. Kronik hastalığı olan bireylerin %64,5'inin sigara kullanmadığı, %88,6'sının alkol kullanmadığı, %92,3'ünün düzenli kontrollerini yaptırdığı ve %39,1'inin sağlık durumunu “orta” olarak algıladığı saptanmıştır (Tablo 4.1).

Tablo 4.2'de bireylerin hastalıkla ilgili özelliklerinin dağılımları yer almaktadır. Araştırma kapsamına alınan hastaların hastalık tanı süresi ortalamalarının $11,77 \pm 8,60$ ve ilaç sayısı ortalamalarının $4,68 \pm 2,22$ olduğu saptanmıştır. Kronik hastalık tanıları değerlendirildiğinde, bireylerin %63,18'inin hipertansiyon tanısı aldığı, %86,36'sının son 3 ayda solunum sistemi sorunları yaşadığı, %96,36'sının medikal tedavi yöntemi kullandığı ve %82,3'ünün herhangi bir sorunda hekime başvurduğu saptanmıştır (Tablo 4.2).

Tablo 4.3. Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği ve Sağlık Arama Davranışı Ölçeği Ortalama Puanlarının Dağılımı

Ölçekler (n=220)	Mean $\pm$ SS	Medyan (Min-Max)
Kronik Hastalık Öz Yönetim		
Kendini damgalama	$2,29 \pm 0,96$	2,14 (1-5)
Damgalamayla baş etme	$2,76 \pm 0,93$	2,60 (1-5)
Sağlık bakım etkinliği	$3,47 \pm 0,99$	3,50 (1-5)
Tedavi uyumu	$3,75 \pm 1,13$	4 (1-5)
Sağlık Arama Davranışı		
Online sağlık arama davranışı	$1,94 \pm 0,98$	1,67 (1-5)
Profesyonel sağlık arama davranışı	$3,98 \pm 0,98$	4 (1-5)
Geleneksel sağlık arama davranışı	$2,98 \pm 1,22$	3 (1-5)
Toplam sağlık arama davranışı	$2,71 \pm 0,68$	2,67 (1,33-4,67)

SS: Standart Sapma

Tablo 4.3'de kronik hastalık öz yönetim ölçeği alt boyutları ve sağlık arama davranışı ölçeği alt boyutları puanlarının dağılımları verilmiştir. Kronik hastalık öz yönetim ölçeği alt boyut ortalama puanları, “kendini damgalama” $2,29 \pm 0,96$, “damgalamayla baş etme” $2,76 \pm 0,93$, “sağlık bakım etkinliği” $3,47 \pm 0,99$ ve “tedavi uyumu” $3,75 \pm 1,13$ olarak saptanmıştır. Sağlık arama davranışı ölçeğinde “online sağlık arama” $1,94 \pm 0,98$, “profesyonel sağlık arama” $3,98 \pm 0,98$, “geleneksel sağlık arama” $2,98 \pm 1,22$ ve toplam sağlık arama davranışı puanlarının $2,71 \pm 0,68$ olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği Puanları ile Sosyodemografik Özelliklerin Karşılaştırılması

Değişkenler (n=220)	Kendini damgalama		Damgalamayla baş etme		Sağlık bakım etkinliği		Tedavi uyumu	
	Mean±SS	Medyan (Min-Max)	Mean±SS	Medyan (Min-Max)	Mean±SS	Medyan (Min-Max)	Mean±SS	Medyan (Min-Max)
Cinsiyet								
Kadın	2,41±1,07	2,14(1-5)	2,67±0,92	2,60(1-5)	3,58±0,98	3,50(1,50-5)	3,89±1,02	4(1-5)
Erkek	2,20±0,86	2,14(1-5)	2,83±0,93	2,60(1-5)	3,39±0,99	3,50(1-5)	3,64±1,19	4(1-5)
p*		0,341		0,237		0,189		0,169
Eğitim durumu								
İlköğretim	2,37±0,99	2,29(1-5)	2,49±0,79	2,40(1-4,60)	3,32±0,95	3(1,50-5)	3,76±1,19	4(1-5)
Lise	2,15±0,78	2(1-4,29)	3,24±0,98	3,40(1-5)	3,82±1,06	4(1-5)	3,71±1,05	3,80(1-5)
Üniversite	1,99±1,11	1,71(1-4,57)	3,62±0,85	3,60(1,80-5)	3,78±0,89	4(2-5)	3,71±0,82	4(1,80-5)
p**		0,067		<0,001 ^a		0,002 ^b		0,493
Çalışma durumu								
Çalışıyorum	2,23±0,93	2(1-4,86)	3,24±0,96	3,40(1-5)	3,87±0,88	4(2-5)	3,86±0,91	4(1-5)
Çalışmıyorum	2,36±0,96	2,21(1-5)	2,65±0,88	2,60(1-5)	3,46±1,01	3,50(1,50-5)	3,74±1,14	4(1-5)
p*		0,005		<0,001		0,608		0,907
Medeni durum								
Bekar	2,41±0,91	2,29(1-5)	2,59±0,83	2,60(1-5)	3,26±1,07	3(1,50-5)	3,71±1,06	3,90(1-5)
Evli	2,25±0,97	2,14(1-5)	2,82±0,95	2,60(1-5)	3,54±0,96	3,50(1-5)	3,76±1,15	4(1-5)
p*		0,154		0,140		0,051		0,451
Sosyoekonomik durum								
Gelir giderden az	2,31±0,99	2,14(1-5)	2,63±0,86	2,60(1-5)	3,31±0,97	3(1-5)	3,80±1,17	4(1-5)
Gelir gidere eşit	2,19±0,87	2(1-5)	2,80±0,95	2,60(1-5)	3,68±1,02	3,75(1,75-5)	3,68±1,10	4(1-5)
Gelir giderden fazla	2,68±1,13	2,57(1-4,57)	3,69±0,83	3,50(2,20-5)	3,73±0,72	4(2,25-5)	3,61±0,89	3,70(1,80-4,80)
p**		0,293		0,001 ^c		0,012 ^d		0,415

SS: Standart Sapma

*Mann Whitney U testi, **Kruskal Wallis testi

^ailköğretim-lise; p=0,000, ilköğretim-üniversite; p=0,000^bilköğretim-lise; p=0,004^cgelir giderden az-gelir giderden fazla; p=0,000, gelir gidere eşit-gelir giderden fazla; p=0,004^dgelir giderden az-gelir gidere eşit; p=0,018

Tablo 4.4. (Devamı) Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği Puanları ile Sosyodemografik Özelliklerin Karşılaştırılması

Değişkenler (n=220)	Kendini damgalama		Damgalamayla baş etme		Sağlık bakım etkinliği		Tedavi uyumu	
	Mean±SS	Medyan (Min-Max)	Mean±SS	Medyan (Min-Max)	Mean±SS	Medyan (Min-Max)	Mean±SS	Medyan (Min-Max)
Sigara kullanımı								
Evet	2,09±0,84	2(1-5)	3,17±0,89	3,20(1,40-5)	3,49±0,97	3,50(1-5)	3,65±0,98	4(1-5)
Hayır	2,39±1,01	2,29(1-5)	2,53±0,87	2,60(1-5)	3,46±1,01	3,50(1,50-5)	3,80±1,20	4,20(1-5)
p*	0,043		<0,001		0,667		0,063	
Alkol kullanımı								
Evet	2,11±1,07	1,71(1-4,57)	3,35±0,91	3,40(1,40-5)	3,41±1	3,50(1-5)	3,50±1,05	3,80(1-5)
Hayır	2,31±0,94	2,14(1-5)	2,69±0,91	2,60(1-5)	3,48±0,99	3,50(1,50-5)	3,78±1,14	4(1-5)
p*	0,137		0,001		0,915		0,131	
Düzenli kontrol								
Evet	1,98±0,93	1,79(1-4,57)	3,40±1,06	3,40(1-5)	3,98±0,99	4(2-5)	4,01±0,84	4,20(1,80-5)
Hayır	1,72±0,75	1,71(1-3,43)	2,73±0,69	2,60(1,40-4)	2,94±1,07	2,50(1,50-5)	3,39±1,29	3,20(1-5)
p*	0,004		0,948		0,022		0,163	
Algıladığı sağlık durumu								
Çok kötü	3,40±1,07	3,43(1,57-5)	2,06±0,75	1,80(1-3,40)	2,50±0,72	2(1,50-4,25)	2,49±1,32	2(1-5)
Kötü	2,55±0,89	2,43(1-5)	2,62±0,86	2,60(1-5)	3,18±0,94	3(1-5)	3,64±1,08	3,80(1-5)
Orta	1,97±0,75	1,86(1-4,57)	2,83±0,90	2,60(1,20-5)	3,71±0,86	3,50(2-5)	4,14±0,82	4,20(1-5)
İyi	1,79±0,65	1,71(1-3,86)	3,41±0,83	3,40(1-5)	4,20±0,80	4,25(2-5)	3,96±1,01	4,20(1-5)
Çok iyi	1,29±0,40	1,29(1-1,57)	2,30±0,14	2,30(2,20-2,40)	3±1,41	3(2-4)	2,20±1,70	2,20(1-3,40)
p**	<0,001^e		<0,001^f		<0,001^g		<0,001^h	

SS: Standart Sapma

*Mann Whitney U testi, **Kruskal Wallis testi

^eçok iyi-çok kötü; p=0,022, iyi-kötü; p=0,000, iyi-çok kötü; p=0,000, orta-kötü; p=0,000, orta-çok kötü; p=0,000^fçok kötü-orta; p=0,006, çok kötü-iyi; p=0,000, kötü-iyi; p=0,000, orta-iyi; p=0,004^gçok kötü-kötü; p=0,028, çok kötü-orta; p=0,000, çok kötü-iyi; p=0,000, kötü-orta; p=0,015, kötü-iyi; p=0,000^hçok kötü-kötü; p=0,009, çok kötü-iyi; p=0,000, çok kötü-orta; p=0,000, kötü-orta; p=0,043

Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği puanları ile sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması Tablo 4.4’de belirtilmiştir. Kendini damgalama ve tedavi uyumu alt boyut puan ortalamalarının eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği; damgalamayla baş etme ve sağlık bakım etkinliği alt boyutlarının eğitim durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır. İlköğretim mezunu olanların damgalamayla baş etme ortalama puanlarının lise ve üniversite mezunu olanlardan daha düşük olduğu; ilköğretim mezunu olanların sağlık bakım etkinliği ortalama puanlarının lise mezunu olanlardan daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 4.4).

Kendini damgalama, sağlık bakım etkinliği ve tedavi uyumu alt boyut puanlarının çalışma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$). Damgalamayla baş etme ortalama puanlarının ise çalışan bireylerde çalışmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.4).

Sosyoekonomik seviyeye göre damgalamayla baş etme ve sağlık bakım etkinliği alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık olduğu, gelir giderden fazla olanların damgalamayla baş etme ortalama puanlarının gelir giderden az olan ve eşit olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.4).

Kendini damgalama ve damgalamayla baş etme alt boyut puan ortalamalarının sigara kullanımına göre anlamlı farklılık gösterdiği, sigara kullanmayanların kendini damgalama puanlarının sigara kullananlara göre daha yüksek olduğu, sigara kullananların damgalamayla baş etme puanlarının sigara kullanmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.4).

Damgalamayla baş etme alt boyut puan ortalamalarının alkol kullanımına göre anlamlı farklılık gösterdiği, alkol kullananların damgalamayla baş etme puanlarının alkol kullanmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.4).

Düzenli kontrole gitme durumlarına göre yapılan karşılaştırmada; kendini damgalama ve sağlık bakım etkinliği alt boyutlarında düzenli kontrole gidenlerin aldıkları puanların düzenli kontrole gitmeyenlere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.4).

Kronik hastalık öz yönetim ölçeği alt boyutlarının bireylerin sağlığını algılama durumlarına göre anlamlı farklılık gösterdiği, sağlık durumunu çok iyi, iyi ve orta olarak algılayanların kendini damgalama alt boyutu puan ortalamalarının çok kötü ve kötü olarak algılayanlara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Sağlık durumunu çok kötü ve kötü olarak algılayanların sağlık bakım etkinliği ve tedavi uyumu alt boyutu puanlarının iyi ve orta olarak algılayanlara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 4.4).

Cinsiyet ve medeni duruma göre kronik hastalık öz yönetim ölçeği puan ortalamalarının anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.4).

Tablo 4.5. Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği ile Yaş, Beden Kitle İndeksi, Tanı Süresi ve İlaç Sayısı Arasında İlişki

Değişkenler (n:220)	Kendini damgalama	Damgalamayla baş etme	Sağlık bakım etkinliği	Tedavi uyumu
Yaş (yıl)				
r*	0,272	-0,344	-0,267	-0,067
p	<0,001	<0,001	<0,001	0,320
BKI (kg/m²)				
r*	0,008	-0,091	0,070	-0,044
p	0,904	0,177	0,303	0,517
Tanı süresi (yıl)				
r*	0,202	-0,297	-0,197	-0,095
p	0,003	<0,001	0,003	0,160
İlaç sayısı				
r*	0,166	-0,133	0,014	-0,094
p	0,014	0,048	0,840	0,167

BKI: Beden Kitle İndeksi

*Korelasyon Analizi

Kronik hastalık öz yönetim ölçeği ile yaş, BKİ, tanı süresi ve ilaç sayısı arasındaki korelasyon analizi sonuçları Tablo 4.5’de belirtilmiştir.

Yaş, tanı süresi ve ilaç sayısı ile “kendini damgalama” puanları arasında pozitif yönde, düşük düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,001$) (Tablo 4.5).

Yaş, tanı süresi ve ilaç sayısı ile “damgalamayla baş etme” ve “sağlık bakım etkinliği” puanları arasında negatif yönde, düşük düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,001$) (Tablo 4.5).

Tablo 4.6. Sağlık Arama Davranışı Ölçek Puanları ile Sosyodemografik Özelliklerin Karşılaştırılması

Değişkenler (n=220)	Online SAD		Profesyonel SAD		Geleneksel SAD		Toplam SAD	
	Mean±SS	Medyan (Min-Max)	Mean±SS	Medyan (Min-Max)	Mean±SS	Medyan (Min-Max)	Mean±SS	Medyan (Min-Max)
Cinsiyet								
Kadın	2,01±1,01	1,67(1-5)	4,18±0,86	4,33(1-5)	3,01±1,22	3(1-5)	2,80±0,64	2,83(1,33-4,42)
Erkek	1,90±0,96	1,67(1-4,33)	3,83±1,04	4(1-5)	2,95±1,23	3(1-5)	2,64±0,70	2,58(1,33-4,67)
p*		0,392		0,015		0,668		0,059
Eğitim durumu								
İlköğretim	1,51±0,54	1,50(1-3,67)	3,96±1,01	4(1-5)	3,02±1,20	3(1-5)	2,50±0,58	2,50(1,33-3,83)
Lise	2,72±1,05	2,92(1-4,33)	4,09±0,77	4(2,67-5)	2,98±1,31	3(1-5)	3,13±0,62	3,08(1,67-4,67)
Üniversite	3,35±1,01	3,67(1,33-5)	3,88±1,26	4,33(1-5)	2,70±1,13	2,33(1-4,67)	3,32±0,66	3,33(2,17-4,42)
p**		<0,001^a		0,915		0,619		<0,001^b
Çalışma durumu								
Çalışıyorum	3,19±0,80	3,17(1,33-5)	4,03±0,99	4(1-5)	2,93±1,13	3(1-5)	3,33±0,54	3,33(2,08-4,67)
Çalışmıyorum	1,80±0,88	1,67(1-5)	4,06±0,92	4(1-5)	3,06±1,23	3(1-5)	2,68±0,66	2,67(1,33-4,67)
p*		<0,001		0,014		0,057		0,172
Medeni durum								
Bekar	1,72±0,93	1,50(1-5)	3,76±1,09	4(1-5)	2,81±1,34	2,33(1-5)	2,50±0,60	2,46(1,33-3,83)
Evli	2,02±0,99	1,67(1-4,67)	4,05±0,93	4(1-5)	3,04±1,17	3(1-5)	2,78±0,69	2,67(1,33-4,67)
p*		0,032		0,094		0,208		0,012
Sosyoekonomik durum								
Gelir giderden az	1,66±0,77	1,50(1-5)	3,84±1,03	4(1-5)	2,98±1,19	3(1-5)	2,53±0,59	2,50(1,33-3,92)
Gelir gidere eşit	2,12±1,02	1,67(1-4,33)	4,20±0,85	4,33(1-5)	3,05±1,30	3(1-5)	2,87±0,69	2,83(1,50-4,67)
Gelir giderden fazla	3,43±0,88	3,75(1,33-4,67)	3,93±1,14	4,33(1-5)	2,60±0,95	2,33(1-4,33)	3,35±0,65	3,25(2,17-4,42)
p**		<0,001^c		0,045		0,422		<0,001^d

SS: Standart Sapma

SAD: Sağlık Arama Davranışı

*Mann Whitney U testi, **Kruskal Wallis testi

^ailköğretim-lise; p=0,000, ilköğretim-üniversite; p=0,000^b ilköğretim-lise; p=0,000, ilköğretim-üniversite; p=0,000^cgelir giderden az-gelir gidere eşit; p=0,003, gelir giderden az-gelir giderden fazla; p=0,000, gelir gidere eşit-gelir giderden fazla; p=0,001^dgelir giderden az-gelir gidere eşit; p=0,002, gelir giderden az-gelir giderden fazla; p=0,000

Tablo 4.6. (Devamı) Sağlık Arama Davranışı Ölçek Puanları ile Sosyodemografik Özelliklerin Karşılaştırılması

Değişkenler (n=220)	Online SAD		Profesyonel SAD		Geleneksel SAD		Toplam SAD	
	Mean±SS	Medyan (Min-Max)	Mean±SS	Medyan (Min-Max)	Mean±SS	Medyan (Min-Max)	Mean±SS	Medyan (Min-Max)
Sigara kullanımı								
Evet	2,41±1,11	1,83(1-5)	3,73±1,04	3,67(1-5)	2,72±1,26	2,67(1-5)	2,82±0,74	2,92(1,33-4,33)
Hayır	1,69±0,80	1,50(1-4,67)	4,12±0,92	4,33(1-5)	3,12±1,18	3(1-5)	2,65±0,63	2,67(1,42-4,67)
p*	<0,001		0,005		0,024		0,087	
Alkol kullanımı								
Evet	2,82±1,24	3(1-5)	3,60±1,11	3,67(1-5)	2,61±1,03	2,67(1-4,67)	2,96±0,75	2,92(1,50-4,33)
Hayır	1,83±0,89	1,67(1-4,67)	4,03±0,96	4(1-5)	3,03±1,24	3(1-5)	2,68±0,66	2,67(1,33-4,67)
p*	<0,001		0,051		0,141		0,073	
Düzenli kontrol								
Evet	3,68±0,66	3,67(1,67-5)	4,15±1,04	4,33(1-5)	2,87±1,11	3(1-5)	3,59±0,48	3,63(2,58-4,67)
Hayır	2,03±1,22	1,50(1-5)	3,31±1,46	3,33(1-5)	2,57±1,24	2,67(1-5)	2,49±0,82	2,33(1,33-3,92)
p*	0,788		0,054		0,183		0,172	
Algıladığı sağlık durumu								
Çok kötü	1,43±0,37	1,33(1-2,67)	4,05±0,96	4(2,33-5)	3,56±1,14	3,67(1-5)	2,62±0,45	2,50(1,83-3,33)
Kötü	1,77±0,79	1,67(1-4,33)	3,79±1,03	3,67(1-5)	2,96±1,32	3(1-5)	2,57±0,69	2,58(1,33-4,67)
Orta	1,83±0,93	1,50(1-4,67)	4,07±0,88	4(1-5)	2,84±1,04	3(1-5)	2,64±0,66	2,58(1,50-4,42)
İyi	2,91±1,12	3(1-5)	4,15±1	4,33(1,33-5)	3,02±1,17	3(1-5)	3,25±0,55	3,25(2,08-4,17)
Çok iyi	2,58±2,24	2,58(1-4,17)	3±2,83	3(1-5)	2±1,41	2(1-3)	2,54±1,47	2,54(1,50-3,58)
p**	<0,001 ^e		0,275		0,145		<0,001 ^f	

SS: Standart Sapma

SAD: Sağlık Arama Davranışı

*Mann Whitney U testi, **Kruskal Wallis testi

^eçok kötü-iyi; p=0,000, orta-iyi; p=0,000, kötü-iyi; p=0,000,^fkötü-iyi; p=0,000, çok kötü-iyi; p=0,004, orta-iyi; p=0,000

Profesyonel SAD ortalama puanlarının cinsiyete göre anlamlı farklılık gösterdiği, kadınların profesyonel SAD ortalama puanlarının erkeklere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 4.6).

Eğitim durumuna göre online SAD alt boyutu ve SAD toplam puanlarının anlamlı farklılık gösterdiği, ilköğretim mezunu olanların aldıkları puanların lise ve üniversite mezunu olanlardan daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.6).

Çalışanların online SAD ortalama puanlarının çalışmayanlara göre daha yüksek olduğu; çalışmayanların geleneksel SAD ortalama puanlarının çalışanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.6).

Online SAD ve SAD toplam puanlarının medeni duruma göre anlamlı farklılık gösterdiği, evlilerin aldıkları puanların bekarlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.6).

Gelir giderden az olan bireylerin online SAD ve SAD toplam puanlarının gelir gidere eşit ve gelir giderden fazla olan bireylere göre daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.6).

Online SAD alt boyutunda sigara kullananların aldıkları puanların sigara kullanmayanlara göre daha yüksek olduğu, geleneksel SAD alt boyutunda ise sigara kullanmayanların aldıkları puanların sigara kullananlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.6).

Online SAD ortalama puanlarının alkol kullanımına göre anlamlı farklılık gösterdiği, alkol kullananların aldıkları puanların alkol kullanmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.6).

Online SAD ve toplam SAD puan ortalamalarının bireylerin sağlığı algılama durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği, sağlık durumunu çok kötü, kötü ve orta olarak algılayan bireylerin SAD toplam puanlarının sağlık durumunu iyi olarak algılayanlara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 4.6).

SAD ölçeği alt boyutlarının ve toplam SAD ölçek puanlarının bireylerin düzenli kontrole gitme durumlarına göre anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.7. Sağlık Arama Davranışı Ölçek Puanları ile Yaş, Beden Kitle İndeksi, Tanı Süresi ve İlaç Sayısı Arasında İlişki

Değişkenler (n:220)	Online SAD	Profesyonel SAD	Geleneksel SAD	Toplam SAD
Yaş (yıl)				
r*	-0,604	0,031	0,108	-0,379
p	<0,001	0,643	0,109	<0,001
BKI (kg/m²)				
r*	-0,088	0,050	0,088	-0,006
p	0,193	0,462	0,195	0,925
Tanı süresi (yıl)				
r*	-0,322	-0,024	0,076	-0,209
p	<0,001	0,723	0,263	0,002
İlaç sayısı				
r*	-0,142	0,114	0,051	-0,039
p	0,035	0,092	0,455	0,560

BKI: Beden Kitle İndeksi

SAD: Sağlık Arama Davranışı

*Korelasyon Analizi

SAD ölçeği ile yaş, BKİ, tanı süresi ve ilaç sayısı arasındaki korelasyon analizi sonuçları Tablo 4.7’de belirtilmiştir.

Yaş, tanı süresi ve ilaç sayısı ile “online SAD” puanları arasında negatif yönde, düşük düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,001$) (Tablo 4.7).

Yaş ve tanı süresi ile “SAD toplam puanları” arasında negatif yönde, düşük düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,001$) (Tablo 4.7).

Tablo 4.8. Sağlık Arama Davranışı Ölçeği ile Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği Arasındaki İlişki

KHÖY	SAD			
	Online SAD	Profesyonel SAD	Geleneksel SAD	Toplam SAD
Kendini damgalama	r -0,77	0,020	0,061	-0,22
	p 0,254	0,771	0,369	0,750
Damgalamayla baş etme	r 0,362	-0,146	0,001	0,211
	p 0,001	0,030	0,992	0,002
Sağlık bakım etkinliği	r 0,269	0,339	-0,075	0,285
	p 0,001	0,001	0,270	0,001
Tedavi uyumu	r -0,031	0,120	-0,266	-0,099
	p 0,650	0,075	0,001	0,143

KHÖY: Kronik Hastalık Öz Yönetim

SAD: Sağlık Arama Davranışı

SAD ölçeği ile KHÖY ölçeği arasındaki korelasyon analizi sonuçları Tablo 4.8’de belirtilmiştir.

Damgalamayla baş etme ve sağlık bakım etkinliği alt boyutları ile online SAD ve SAD toplam puanları arasında pozitif yönde, düşük düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,001$) (Tablo 4.8).

Damgalamayla baş etme alt boyutu ile profesyonel SAD arasında negatif yönde, düşük düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,001$) (Tablo 4.8).

Sağlık bakım etkinliği alt boyutu ile profesyonel SAD arasında pozitif yönde, orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,001$) (Tablo 4.8).

Tedavi uyumu alt boyutu ile geleneksel SAD arasında negatif yönde, düşük düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,001$) (Tablo 4.8).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, kronik hastalığı olan bireylerde öz yönetim ve sağlık arama davranışlarına ilişkin bulgular tartışılmıştır.

Bu bölümde elde edilen bulgular üç ana başlıkta tartışılmıştır:

- 5.1. Kronik hastalıklarda öz yönetim düzeyleri ve etkileyen faktörlerin tartışılması
- 5.2. Sağlık arama davranışları ve etkileyen faktörlerin tartışılması
- 5.3. Kronik hastalıklarda öz yönetim ve sağlık arama davranışları ilişkisinin tartışılması

5.1. Kronik Hastalıklarda Öz Yönetim Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlerin Tartışılması

Kronik hastalıkların tedavi ve bakımının başarılı olabilmesi için öz yönetim önemli olmakla birlikte öz yönetimin sağlanmasıyla bireylerin yaşam kalitesi de artmaktadır [7]. Kara'nın (2023) aleksitiminin kronik hastalık öz yönetimine etkisini değerlendirdiği çalışmada, ölçek alt boyut ortalama puanları 'kendini damgalama' 4,20, 'damgalamayla baş etme' 3,92, 'sağlık bakım etkinliği' 4,28 ve 'tedavi uyumu' 4,47 olarak saptanmıştır [98]. Bu çalışmada ölçek alt boyutlarının ortalamaları 'kendini damgalama' 2,29, 'damgalamayla baş etme' 2,76 'sağlık bakım etkinliği' 3,47 ve 'tedavi uyumu' 3,75 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada ölçek alt boyut puanlarının Kara'nın (2023) yapmış olduğu çalışmaya göre düşük olduğu bulunmuştur [98]. Öz yönetimi etkileyen sosyodemografik ve kültürel faktörlerdeki değişiklikler bu durumun nedeni olabilir.

Kronik hastalıkların çok boyutlu etkiye sahip olması nedeniyle bireyler tarafından hastalığa yüklenilen anlamda, hastalığa karşı verilen tepkilerde, hastalık sürecine uyumda farklılıklara sebep olmakta ve öz yönetim sürecini etkilemektedir [99,100]. Kronik hastalıkların öz yönetiminde bireylerin karşılaştığı sorunlarla baş etmesinde ve sağlık bakım etkinliğinden yarar sağlamasında en önemli faktör eğitim durumudur [101,102]. Shiri ve arkadaşlarının (2018) yapmış olduğu çalışmada, tedavi alan kanser hastalarında eğitim düzeyinin artmasıyla bireylerde damgalamanın arttığı görülmüştür [103]. Polat ve Kahraman'ın (2013) yaptığı çalışmada kronik hastalığı olan ve ilkökul mezunu olan bireylerin hastalıklarıyla baş edebilme, sağlık sorumluluğu ve kendini gerçekleştirme düzeylerinin diğer eğitim düzeylerinden daha düşük olduğu belirtilmiştir [104]. Literatürde benzer çalışmalara bakıldığında sonuçlar farklılık göstermektedir. Bu çalışmada damgalamayla baş etme ve sağlık bakım etkinliği alt boyutlarında eğitim düzeyinin artmasıyla kronik hastalıklarda öz yönetimin arttığı görülmektedir. Bunun nedeni eğitim

seviyesinin artmasıyla bireylerin hastalığı ile ilgili daha fazla bilgi sahibi olması, sorumluluk alması, olumlu yaşam biçimi davranışlarını sürdürmesi ve hastalık yönetim sürecini benimsemesi olabilir.

Çalışma durumunun kronik hastalıklı bireyler üzerinde olumlu etkisi olabileceği gibi olumsuz etkileri de bulunmaktadır [105]. Şireci ve Karabulutlu'nun (2017) yaptığı çalışmada bireylerin, hastalığı kabul puan ortalamalarının çalışmayan gruba oranla daha yüksek olduğu belirlenmiştir [106]. Stergiou-Kita ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmada kanserden sağ kalan bireylerin çalışma ortamında ayrımcılığa ve damgalanmaya maruz kaldıkları saptanmıştır [107]. Bu çalışmada, çalışan bireylerin damgalamayla baş etme puanlarının çalışmayanlara göre daha yüksek olduğu ve hastalık öz yönetiminin arttığı görülmektedir. Çalışan bireylerin, sosyalliğinin artması ve kendi hastalığına sahip başka bireylerle iletişim kurması bireylerin hastalığı ile ilgili yaşadığı sorunlara karşı baş etmesini olumlu yönde etkilemiş olabilir.

Hastalık yönetim sürecinde bireylerin yaşadığı sorunlarla baş etme ve sağlık bakımından etkin şekilde yararlanmasını etkileyen en önemli faktörlerden biri sosyoekonomik seviyedir [108,109]. Leafer ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada, epilepsili hastalarda düşük sosyoekonomik düzeyi olan hastaların daha yüksek damgalanmaya maruz kaldığı görülmüştür [110]. Dede ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmada, gelir düzeyi yüksek olan bireylerin hastalık bakımına ve hastalık yönetim sürecine katılım puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır [111]. Bu çalışmada, ekonomik düzeyi yüksek olan bireylerin damgalamayla baş etme ve sağlık bakımı etkinliğinden yarar sağlama durumları daha yüksek bulunmuştur. Sosyoekonomik düzeyi yüksek olan bireylerin sağlık kurumlarına erişim olanaklarının daha iyi olması, tedavi seçenekleri hakkında daha fazla bilgi sahibi olması, kronik hastalık yönetim sürecinde psikolojik destek alabilme olanaklarının olması, öz yönetim sürecini de olumlu yönde etkilemiş olabilir.

Kronik hastalıkların yönetiminde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının benimsenmesi ve sürdürülmesi son derece önemlidir. Sigara ve alkol kullanımı kronik hastalıkların yönetim sürecini olumsuz yönde etkilediği gibi ölüm oranlarını artırmakta, bireylerin damgalamaya maruz kalmasına neden olmakta ve damgalamayla baş etme durumunu olumsuz etkilemektedir [112,113]. Weiss ve arkadaşlarının (2017) akciğer kanserli hastalarla yaptığı çalışmada, sigara kullanımı ile damgalanma arasında anlamlı bir ilişkisi olduğu; sigara kullanan bireylerin daha yüksek damgalamaya maruz kaldığı saptanmıştır [114]. Baltacı ve

arkadaşlarının (2021) tüberkülozlu hastalarla yaptığı çalışmada, alkol kullanan hastaların alkol kullanmayanlara göre daha fazla damgalandığı belirtilmiştir [115]. Bu çalışmada, sigara ve alkol kullananların damgalamayla baş etme ortalama puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Sağlık profesyonelleri ya da yakın çevresinden olumsuz yönde uyarılar almasına karşı sigara ve alkol kullanan bireylerin oluşturduğu olumlu veya olumsuz baş etme tepkileri bireylerin damgalamayla baş etmesini etkilemiş olabilir.

Bireylerin düzenli sağlık/hastalık kontrollerini yaptırması, kronik hastalıkların yönetimini olumlu yönde etkilerken, sağlık durumlarıyla ilgili sorumluluklar almasını, bireylerin hastalıkla baş etmesini ve sağlık bakımından etkin şekilde yararlanmasını da etkilemektedir [102,106]. Açikel ve Pakyüz'ün (2021) yaptığı çalışmada, hastalık tedavilerini isteyerek aksatan bireylerin damgalama puanlarının tedavisini aksatmayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir [116]. Genç ve Yiğitbaş'ın (2021) yaptığı çalışmada düzenli kontrollerine gitmeyen bireylerin sağlık durumlarının kötüye gittiği belirtilmiştir [117]. Bu çalışmada düzenli kontrollerini yaptıran bireylerin kendini damgalama ve sağlık bakım etkinliği puanlarının yaptırmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bireylerin hastalık nedeniyle sosyal ortamlardan utanç duyması, sağlık/hastalık kontrollerine yakınıyla birlikte gitmesi ve ailesine karşı yük olduğu düşüncesi bireylerin kendini damgalamasına neden olabilmektedir. Bireylerin düzenli olarak sağlık/hastalık kontrollerini yaptırması kendi sağlıklarını yönetebildiğini, hastalık tanı ve tedavi yöntemi hakkında daha fazla bilgi sahibi olabileceğini ve sağlık bakımını daha etkin kullandıklarını gösterebilir.

Kronik hastalıklar ve beraberinde getirdiği sorunlar bireylerin yaşam kalitesini bozarken sağlığı algılama durumlarını da etkilemektedir [118]. Kronik hastalıkların öz yönetimini etkileyen en önemli faktör bireylerin algıladığı sağlık durumlarıdır. Yanık ve Erol'un (2016) çalışmasında, sağlık algısı yüksek olan bireylerde öz-yeterlilik düzeylerinin de daha yüksek olduğu belirlenmiştir [119]. Özdelikara ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında, kronik hastalığı olan bireylerin sağlık algılarının kronik hastalığı olmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır [120]. Bu çalışmada sağlık algılama durumunu 'çok kötü' olarak ifade eden bireylerde kendini damgalama ortalama puanlarının yüksek çıkmasının nedeni, kronik hastalıkların bireyler üzerinde bıraktığı olumsuz etkiler olabilir. Ölçeğin diğer alt boyutlarında sağlık algılama durumunu 'iyi' olarak ifade eden bireylerin yüksek puan almasının nedenleri arasında bireylerin hastalık sürecini kendi kendine

yönetebilmesi, damgalamaya karşı baş etmesi, sağlık hizmetlerinden fayda sağlayarak tanı ve tedavi sürecinde aktif rol almaları olabilir.

Kronik hastalıkların öz yönetiminde birçok faktör etkili olmakla birlikte öz yönetimi etkileyen en önemli faktör yaştır [28]. Öztürk ve arkadaşlarının (2019) yaptığı araştırmada, kanser hastalarına yönelik damgalamada yaştan damgalama üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı belirlenmiştir [121]. Özdelikara ve arkadaşlarının (2020) yaptığı araştırmada, yaş arttıkça hastalık tedavisinin, yaşam biçimi değişikliklerinin, hastalığın olumsuz etkilerinden korunmanın yani hastalıkların öz bakım yönteminin azaldığı belirtilmiştir [7]. Küçük ve arkadaşlarının (2022) yaptığı çalışmada tip 2 diyabet tanılı bireylerde ileri yaştan diyabet öz kontrolünü azalttığı belirtilmiştir [122]. Çalışma bulgularımız literatürle benzerlik göstermektedir. Bu araştırmada, yaştan artmasıyla birlikte bireylerde kendini damgalama düzeylerinin arttığı, damgalamayla baş etme ve sağlık bakım etkinliğinin azaldığı görülmektedir. Bu durumun nedenleri arasında yaşlı bireylerde kronik hastalık sayısının artmasıyla birlikte yetersizliklerin ve yaşam aktivitelerinin kısıtlanması, sosyal ortamlardan uzaklaşılması, hastalık tedavi sürecinde başka bireylerden destek alınması olabilir.

Tanı süresi, kronik hastalığa sahip bireylerin yaşam kalitesini ve tedaviye uyumunu etkileyen en önemli faktörler arasında yer almaktadır [36]. Oksel ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmada hastalık süresi 25 ay ve daha fazla olan hastaların düzenli olarak sağlık kontrollerini yaptırmadığı saptanmıştır [50]. Muz ve Eğlence'nin (2013) çalışmasında, hastalık süresi 13 yıl ve üzeri olan hemodiyaliz hastalarının genel öz yeterlilik puanlarının diğer gruplara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir [123]. Özcan ve Özkaraman'ın (2021) çalışmasında, tanı süresi 16 yıl ve üzeri olan diyabetli hastaların genel sağlık, sağlık hizmetleri, hastalıktan korunma ve sağlığın iyileştirilmesi düzeyinin daha düşük olduğu saptanmıştır [124]. Çalışma bulgularımız literatürle benzerlik göstermektedir. Bu araştırmada, kronik hastalık tanı süresinin artmasıyla birlikte bireylerde kendini damgalama düzeylerinin arttığı, damgalamayla baş etme ve sağlık bakım etkinliğinin azaldığı görülmektedir. Bireylerin uzun süre kronik hastalıkla yaşam sürmesi hastalığı kabullenmesini sağlarken hastalığa bağlı gelişen kronik sorunlarla birlikte damgalamayı kabullenmesine de neden olabilir. Tanı süresi fazla olan bireylerin tedavi sürecinde değişiklik olmaması, kronik hastalıklarda tam kür sağlanamaması, sağlık sorunu yaşama riskinin artması, hastalık kontrollerinin zamanla zahmetli hale gelmesi bireylerin sağlık bakım hizmetlerini olumsuz yönde etkilemiş olabilir.

İlaç sayısı ve doz sıklığı kronik hastalıkların tedavisinde önemli bir yere sahiptir [125]. Kara ve arkadaşlarının (2017) yaptığı çalışmada ilaç kullanım sayısının azalmasıyla bireylerin hastalıktan etkilenme düzeylerinde ve hastalığı endişe olarak algılama düzeylerinde azalmaların olduğu saptanmıştır [126]. Altuntaş ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmada, bireylerin hastalıkla başa çıkması için ilaçlarını düzenli kullandıkları ve yaşamlarını ilaçlarına göre ayarladıkları tespit edilmiştir [127]. Bu çalışmada ilaç sayısının artmasıyla birlikte bireylerde kendini damgalama düzeylerinin arttığı, damgalamayla baş etme düzeylerinin azaldığı görülmektedir. İlaç sayısının fazla olması sosyal ortamlarda sıklıkla ilaç kullanılmasına, sağlık harcamalarının artmasına ve yaşam kalitesinin düşmesine neden olurken bireylerin daha fazla damgalamaya maruz kalmasına, bireylerin hastalık ve tedavi sürecine uyumlarının azalmasına neden olabilir.

5.2. Sağlık Arama Davranışları ve Etkileyen Faktörlerin Tartışılması

Sağlık arama davranışları, insanların sağlık problemlerine ilişkin yaşadığı sorunlara çözüm bulmak amacıyla gerçekleştirdiği eylemlerin tümünü ifade etmektedir [16]. Sağlık arama davranışları kendi kendine ilaç kullanma, sağlık profesyonelleri ile görüşme, internetten bilgi arama, bireyin çevresindeki kişiler ya da güvendiği kişiler tarafından bilgi edinme gibi farklı davranışları içermektedir [16,73]. Deniz ve Çimen'in (2021) sağlık arama davranışı üzerinde yaptığı araştırmada, 'online sağlık arama davranışı puanları' 2,96, 'profesyonel sağlık arama davranışı puanları' 4,34, 'geleneksel sağlık arama davranışları puanı' 3,41 olarak saptanmıştır [14]. Bu çalışmada ölçek puan ortalamaları 'online sağlık arama davranışı' 1,94, 'profesyonel sağlık arama davranışı' 3,98, 'geleneksel sağlık arama davranışı' 2,98 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada tüm alt boyutların puanları Deniz ve Çimen'in (2021) yapmış olduğu çalışmaya göre daha düşük bulunmuştur [14]. Bu çalışmada puanların daha düşük çıkmasının nedeni sağlık arama davranışlarını etkileyen bireysel, kültürel ve sosyal farklılıklar olabilir.

Sağlık arama davranışlarını etkileyen en önemli faktörlerden biri cinsiyettir [128]. Kilit ve Eke'nin (2019) yaptığı çalışmada, kadınların sağlık bilgisi edinme davranışlarının erkeklere oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır [12]. Yakar ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında, kadın cinsiyetinde sağlık okuryazarlık düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür [129]. Bu çalışmada, profesyonel sağlık arama davranışları puanlarının kadın cinsiyette daha yüksek olduğu saptanmıştır. Kadınların sağlık sorumluluğu bilincinin daha

yüksek olması ve sağlık okuryazarlık düzeylerinin daha yüksek olması nedeniyle profesyonel sağlık arama davranışlarını daha etkili kullandıkları düşünülmektedir.

Eğitim durumu bilgiye ulaşma, bilgiyi anlama ve analiz etmede önemli faktörlerden biri olup, bireylerin hastalıklarıyla ilgili sağlık arama davranışlarını da doğrudan etkilemektedir [102]. Özyurt ve arkadaşlarının (2020) yaptığı çalışmada, yüksek eğitim düzeyine sahip bireylerin televizyon ve internetten sağlık bilgisi arama oranlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır [17]. Kilit ve Eke'nin (2019) çalışmasında eğitim durumu ile sağlık arama davranışları arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada, ilköğretim mezunu olanların çoğunlukla mobil sağlık uygulamalarını ve dini uygulamaları kullandığı, lise mezunlarının daha çok televizyon ve sosyal medya uygulamalarını, üniversite mezunlarının ise internet, kitap ve dergileri daha çok kullandığı saptanmıştır [12]. Bu çalışmada eğitim düzeyinin artmasıyla online ve toplam sağlık arama davranışı puanlarının arttığı görülmektedir. Bunun nedeni, eğitim seviyesinin artmasıyla bireylerin, internet kullanımı oranlarının ve bilgi arama davranışlarının yüksek olması olabilir.

Hayatın her alanında etkili olan dijitalleşme sağlık hizmetlerini de etkilemektedir [130]. Bireylerin çalışma durumu dijital ortamdan bilgi almayı ve sağlık kuruluşlarından hizmet almayı etkileyen en önemli faktörler arasında yer almaktadır. Özdemir ve Arpacıoğlu'nun (2020) yaptığı çalışmada, bireylerin çalışma durumunun online ve profesyonel sağlık arama davranışlarını etkilemediği belirlenmiştir [21]. Gözlü ve Kaya'nın (2020) yaptığı çalışmada, ev hanımlarının sağlık okuryazarlık düzeylerinin düşük olduğu, memurların genel sağlık okuryazarlık düzeylerinin ve sağlık arama davranışlarının diğerlerine göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir [131]. Çalışma bulgularımız literatürle benzerlik göstermektedir. Bu araştırmada, çalışan bireylerin online sağlık arama davranışları puanlarının yüksek olduğu, profesyonel sağlık arama davranışları puanlarının düşük olduğu saptanmıştır. Bu durumun nedenleri arasında çalışan bireylerin sağlık hizmetlerine erişimde randevu ve uygun zaman sorunu yaşaması, teknolojik gelişmelerle birlikte bireylerin sağlık/hastalık durumları hakkında bilgiye daha hızlı, pratik ve kolay ulaşması olabilir.

Medeni durum bireylerin hastalık veya sağlığı algılama düzeylerini etkilemektedir [132]. Özdemir ve Arpacıoğlu'nun (2020) yapmış olduğu çalışmada, evli olan bireylerin sağlık arama davranışlarının, evli olmayan bireylere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır [21]. Deniz ve Çimen'in (2021) çalışmasında, evlilerin bekarlara göre daha sık online sağlık arama davranışında bulunduğu belirlenmiştir [14]. Bu çalışmada da evli olan bireylerin online sağlık arama davranışları puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu

durumun nedeni evli bireylerin çocuk/eş gibi sorumlu olduğu kişilerin sağlık/hastalık durumları ile ilgilenmeleri olabilir.

Sosyoekonomik seviye bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının sürdürülmesini, dolaylı olarak da sağlık arama davranışlarını etkileyen faktörler arasında yer almaktadır [72]. Yapılan bir çalışmada, yüksek gelirli kişilerin sağlık arama davranışlarının diğer sosyoekonomik durumlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır [133]. Kilit ve Eke'nin (2019) yaptığı çalışmada, gelir seviyesi asgari ücret ve altı olan bireylerin sosyal medya, geleneksel yöntemler ve dini kaynakları, orta seviye gelire sahip olan bireylerin telefon danışma hatlarını ve gelir seviyesi yüksek olan bireylerin kitapları tercih ettiği görülmüştür [12]. Bu çalışmada gelir giderden fazla olan bireylerin online ve toplam sağlık arama davranışları puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bunun nedeni, gelir kaynağı yükseldikçe sağlık hizmetlerine erişim olasılığının artması ve teknolojiyi kullanma olasılığının artması olabilir.

Kronik hastalıkların değiştirilebilir risk faktörleri olan alkol ve sigara kullanımı bireylerin sağlık arama davranışlarını etkileyen faktörler arasında yer almaktadır [134]. Ergün ve arkadaşlarının (2019) yaptığı çalışmada sağlık okuryazarlığı arttıkça sigara kullanımı konusunda bilgi alma davranışlarının da arttığı görülmüştür [135]. Bu çalışmada sigara ve alkol kullanan bireylerin online sağlık arama davranışı puanı yüksek bulunurken sigara kullanmayan bireylerin geleneksel sağlık arama davranışı puanı yüksek bulunmuştur. Bunun nedenleri arasında sigara ve alkol kullanan bireylerin internet ortamında sigara ve alkol hakkında daha fazla bilgiyi araştırmaları, sağlık/hastalık durumları hakkında doğal yollara başvurarak geleneksel yöntemlere önem vermeleri olabilir.

Sağlık/hastalık durumları ve hastalığın bireyler tarafından algılama düzeyleri sağlık arama davranışlarını etkileyen faktörler arasında yer almaktadır. Wang ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmada, sağlık arama davranışları sıklığının artmasıyla sağlık algılama düzeylerinin olumlu anlamda yükseldiği saptanmıştır [136]. Özyurt ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında kendi sağlığını kötü olarak değerlendiren bireylerin online sağlık arama davranışlarında bulunduğu tespit edilmiştir [17]. Bu çalışmada sağlık durumunu iyi olarak değerlendiren bireylerin online ve toplam sağlık arama davranışları puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bunun nedeni bireylerin sağlık arama davranışları sonucunda elde ettiği bilgilerin sağlık algısını pozitif yönde etkilemesi olabilir.

Sağlık davranışlarının gelişmesinde, sağlık/hastalık hakkında bilgiye ulaşmada ve sağlık arama davranışları üzerinde etkili olan en önemli faktörler arasında yaş yer almaktadır

[137]. Yapılan bir çalışmada, genç yaştaki bireylerin yaşlı bireylere göre daha fazla sağlık bilgisi edindiği, 18-29 yaş aralığındaki genç bireylerin dergi/kitap, kurs, internet, sosyal medya, aile veya arkadaş ve mobil sağlık uygulamalarını daha çok kullandığı görülmüştür [12]. Bu çalışmada yaşın artmasıyla birlikte online ve toplam sağlık arama davranışlarının azaldığı görülmektedir. Bunun nedenleri ileri yaşla birlikte görülen sorunların ve hastalıkların yaşanmanın doğal bir sonucu olarak görülmesi, bireylerin hastalıkla yaşamayı kabul etmesi ve gelişen teknolojiyi takip edememe durumları olabilir.

Kronik hastalıkların yönetiminde sağlık ve hastalık inançları, sağlığı geliştirme ve iyileştirmeye yönelik yardım arama davranışları önemli etkenlerdir [138]. Tanı süresi bireylerin hastalıklarıyla ilgili sağlık arama davranışlarını etkilemektedir. Zaimoğlu ve Özer'in (2023) yaptığı çalışmada, kronik hastalık süresi arttıkça e-sağlık okuryazarlık düzeylerinin azaldığı görülmüştür [139]. Bu çalışmada tanı süresinin artmasıyla online ve toplam sağlık arama davranışlarının azaldığı görülmektedir. Bireylerin uzun süre kronik hastalıkla yaşama nedeniyle hissettikleri yorgunluk, tedavi seçeneklerinde çok fazla değişiklik olmaması, kronik hastalıklarda tam kür sağlanamaması bireylerin sağlık arama davranışlarını olumsuz etkilemiş olabilir.

Birden fazla hastalığa sahip olan bireylerin hastalık tedavisindeki ilaç sayısı sağlık/hastalık durumları hakkında bilgi arama davranışlarını etkilemektedir [140]. Gül ve arkadaşlarının (2022) yaptığı çalışmada, sürekli ilaç kullanan bireylerin e-sağlık okuryazarlık puanlarının ilaç kullanmayanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir [141]. Tosun ve Hoşgör'ün (2021) yaptığı çalışmada, sürekli kullandığı ilacı olmayan bireylerin son bir ayda internetten elde ettiği sağlık arama davranışlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır [142]. Bu çalışmada ilaç sayısının artmasıyla online sağlık arama davranışlarının azaldığı görülmektedir. İlaç sayısının fazla olması nedeniyle bireylerin ek tedavi arayışına ihtiyaç duymaması, bilgi arama davranışlarının azalmasına neden olabilir.

5.3. Öz Yönetim ve Sağlık Arama Davranışları İlişkisinin Tartışılması

Kronik hastalıkların toplum tarafından algılanan olumsuz tutumları hastaların damgalanmalarına neden olmakla birlikte hastalık sürecini, bireylerin yaşam durumlarını ve tedavi arayışlarını da olumsuz yönde etkilenmektedir [143]. Carter Harris'in (2015) yapmış olduğu çalışmaya göre akciğer kanser tanılı hastaların damgalanmaya maruz kalmasıyla bireylerin tıbbi yardım arama davranışlarının olumsuz yönde etkilendiği görülmüştür [144]. Shen ve arkadaşlarının (2016) yapmış olduğu çalışmada, akciğer kanser tanılı hastaların

sağlık profesyonelleri tarafından damgalanmaya maruz kalmasının hasta ve sağlık profesyoneli arasındaki ilişkiyi olumsuz yönde etkilendiği görülürken, hastalardaki damgalanma düzeylerinin azalmasıyla hasta-sağlık profesyoneli arasındaki ilişkinin daha iyi olabileceği belirtilmiştir [145]. Bu çalışmada online ve toplam sağlık arama davranışlarıyla damgalamayla baş etme arasında pozitif bir ilişki bulunurken, profesyonel sağlık arama davranışıyla negatif bir ilişki görülmektedir. Bireyler hastalık tanısı ve tedavi süreci hakkındaki olumsuz bilgilerinin azaltılmasında ve hastalıkla baş etmede farklı sağlık arama davranışlarını kullanılabılır. Hastalıkla baş etmede sağlık profesyonelleri tarafından doğru şekilde aktarılan bilgilerin damgalamayla baş etmeyi kolaylaştırdığı düşünülmektedir.

Kronik hastalıkların artmasıyla bireylerin hastalık tanı, tedavi ve süreci hakkında bilgi sahibi olması ve hastalıkları yönetmesi gerekmekte olup, bu doğrultuda bireyler çevresindeki destek sistemlerinden de yararlanmaktadır [102]. Yanık ve Erol'un (2016) yapmış olduğu çalışmada, diyabet hakkında sağlık profesyonellerinden bilgi alan bireylerin diyabete yönelik öz yeterlilik seviyelerinin yüksek olduğu saptanmıştır [119]. Bu çalışmada sağlık arama davranışları ile sağlık bakım etkinliği arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. Sağlık arama davranışlarını etkili bir şekilde kullanan bireylerin sağlığını yönetebildiği, hastalık tanı, tedavi ve süreçlerinde sağlık bakım etkinliklerini aktif şekilde kullandığı belirlenmiştir.

Kronik hastalıkların tedavisinde farklı ilaçların kullanılması ve karmaşık tedavi seçenekleri nedeniyle bireylerin tedaviye uyumu azaltmakta ve bireyler alternatif tedavi arama davranışlarına yönelmektedir [146,147]. Bayer ve Uzuntarla'nın (2022) yapmış olduğu çalışmaya göre akılcı ilaç kullanımı ile geleneksel yöntemler arasında ters yönde ilişki olduğu saptanmıştır [148]. Kocabaş ve arkadaşlarının (2019) yaptığı çalışmada, kronik hastalığı olan bireylerin kronik hastalığı olmayanlara oranla modern tıp yöntemlerinden daha fazla geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemlerini kullandığı görülmüştür [81]. Bu çalışmada tedaviye uyum ile geleneksel sağlık arama davranışları arasında negatif yönde ilişki olduğu saptanmıştır. Kronik hastalıkların tedavisinde ilaç sayısı ve dozunun fazla olması, bireylerin ilaç yan etkilerini ve hastalık semptomlarını azaltmak istemesi tıbbi tedaviye uyumu olumsuz yönde etkilerken bireylerin tamamlayıcı ve geleneksel yöntemlere daha fazla ilgi duymasına neden olabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

- Çalışmaya katılan kronik hastalıklı bireylerin %63,18'inin hipertansiyon, %50,9'unun diyabet ve %50,9'unun kardiyovasküler hastalık tanısı olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2).
- Kronik hastalık öz yönetim ölçeği ortalama puanlarının eğitim durumu, çalışma durumu, sosyoekonomik durum, sigara alkol kullanımı, düzenli kontrol ve algılanan sağlık durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.4).
- Yaş, tanı süresi ve ilaç sayısı ile “kendini damgalama” puanları arasında pozitif yönde ve “damgalamayla baş etme” puanları arasında negatif yönde düşük düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,001$) (Tablo 4.5).
- Sağlık arama davranışları ölçeği ortalama puanlarının cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, medeni durum, sosyoekonomik durum, sigara alkol kullanımı ve algılanan sağlık durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.6).
- Yaş ve tanı süresi ile online sağlık arama davranışı ve sağlık arama davranışı toplam puanları arasında negatif yönde, düşük düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,001$) (Tablo 4.7).
- Damgalamayla baş etme ve sağlık bakım etkinliği ile online sağlık arama davranışı ve sağlık arama davranışı toplam puanları arasında pozitif yönde, düşük düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,001$) (Tablo 4.8).
- Damgalamayla baş etme ile profesyonel sağlık arama davranışı arasında negatif yönde, düşük düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,001$) (Tablo 4.8).
- Sağlık bakım etkinliği ile profesyonel sağlık arama davranışı arasında pozitif yönde, orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,001$) (Tablo 4.8).
- Tedavi uyumu ile geleneksel sağlık arama davranışı arasında negatif yönde, düşük düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,001$) (Tablo 4.8).

6.2. Öneriler

Çalışmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Kronik hastalığı olan bireylerde danışmanlık ve eğitimlerle hastalık öz yönetim sürecinin desteklenmesi,
- Kronik hastalığı olan bireylerin sağlık/hastalık durumları hakkında sağlık arama davranışlarını etkili kullanmasının sağlanması,
- Klinisyen hemşireler için kronik hastalıklarda öz yönetim desteğinin önemi ve sağlık arama davranışlarının etkili kullanılmasına yönelik hizmet içi eğitimlerin planlanması,
- Hemşirelik lisans eğitimi müfredatı kapsamına öz yönetimin önemine ilişkin derslerin dahil edilmesi,
- Kronik hastalığı olan bireylerin öz yönetimi ve sağlık arama davranışları konusunda araştırmacıların karşılaştığı engellerin belirlenmesi ve giderilmesine yönelik yeni çalışmalar yapması,
- Bu çalışmanın ileriki zamanlarda daha geniş örnekleme tekrar edilmesi ve girişimsel çalışmaların planlanması,
- Kronik hastalıklarda öz yönetim ve sağlık arama davranışlarının homojen hasta gruplarıyla değerlendirildiği çalışmaların yapılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

- Centers for Disease Control and Prevention (2020). About Chronic Diseases. <https://www.cdc.gov/chronicdisease/about/index.htm> (Erişim Tarihi: 4 Şubat 2023)
- World Health Organization, Noncommunicable Diseases Country Profiles (2018). <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274512> (Erişim Tarihi: 4 Şubat 2023)
- Ulusal ve Uluslararası Ölçekte Sağlık Finansmanında Hastalık Yüğü Raporu (2020). https://tusap.org/wp-content/uploads/2021/06/16-16nciTOPLANTI_yeni.pdf (Erişim Tarihi: 4 Şubat 2023)
- Kumsar, A. K. ve Yılmaz, F.T. (2014). Kronik Hastalıklarda Yaşam Kalitesine Genel Bakış. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(2), 62-70.
- Gönen Şentürk, S. (2021). Kronik Hastalıkların Yönetiminde Öz Yönetim Stratejilerinin Önemi ve Hemşirenin Rolü. *Eurasian Journal of Health Sciences*, 4(1), 9-13.
- Allegrante, J. P., Wells, M. T. and Peterson, J.C. (2019). Interventions to Support Behavioral Self-Management of Chronic Diseases. *Annu Rev Public Health*, 1(40), 127-146.
- Özdelikara, A., Taştan Gürkan, A. ve Şen Atasay, B. (2020). Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi ve Uyumun Değerlendirilmesi. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(1), 42-49.
- Peng, S., He, J., Huang, J., Lun, L., Zeng, J., Zeng, S., Zhang, L., Liu, X. and Wu, Y. (2019). Self-Management Interventions for Chronic Kidney Disease: a Systematic Review and Meta-Analysis. *BMC Nephrology*, 20(1), 1-13.
- Adadioğlu, Ö. ve Oğuz, S. (2016). Epilepsi ve Öz Yönetim. *Epilepsi*, 22(1), 1-4.
- Ngai, S. S., Cheung, C., Ng, Y., Tang, H., Ngai, H. and Wong, K. H. (2020). Development and Validation of the Chronic Illness Self-Management (CISM) Scale: Data from a Young Patient Sample In Hong Kong. *Children and Youth Services*, 114(2), 105077.
- Yazıcıoğlu, İ. ve Bağçivan, G. (2022). Kronik Hastalık Yönetim Modelleri: Geleneksel Derleme. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 14(4), 1251-7.
- Kilit, D. Ö. ve Eke, E. (2019). Bireylerin Sağlık Bilgisi Arama Davranışlarının Değerlendirilmesi: Isparta İli Örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 22(2), 401-436.
- Sezgin, D. (2014). Sağlık Okuryazarlığını Anlamak. *Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi*, (3), 73-92.
- Deniz, S. ve Çimen, M. (2021). Sağlık Arama Davranışı Üzerine Bir Araştırma. *Usaysad Dergisi*, 7(3), 639-646.
- Can, A., Sönmez, E., Özer, F., Ayva, G., Bacı, H., Kaya, H., Uyan, O., Ulusoy, G., Öğütçü, N. ve Aslan, D. (2014). Sağlık Arama Davranışı Olarak İnternet Kullanımını İnceleyen Bir

Araştırma. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 36, 486-494.

16. Kırac, R. ve Öztürk, Y. E. (2021). Sağlık Arama Davranışı Geliştirme Çalışması. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 12(29), 224-234.
17. Özyurt Erdoğan, T., Aydemir, Y., Aydın, A., İnci, M. B., Ekerbiçer, H. Ç., Muratdağı, G. ve Kurban, A. (2020). İnternet ve Televizyonda Sağlık Bilgisi Arama Davranışı ve İlişkili Faktörler. *Sakarya Tıp Dergisi*, 10(Özel Sayı), 1-10.
18. Sarı, N. (2016). *Sağlık Arama Davranışı ve Medya*. Uzmanlık Tezi, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Kahramanmaraş.
19. Sun, X., Luo, S., Lou, L., Cheng, H., Ye, Z., Jia, J., Wei, Y., Tao, J. and He, H. (2021). Health Seeking Behavior and Associated Factors Among Individuals with Cough in Yiwu, China: a Population-Based Study. *BMC Public Health*, 21(1), 1157.
20. Lu, X. and Zhang, R. (2021). Association Between eHealth Literacy in Online Health Communities and Patient Adherence: Cross-sectional Questionnaire Study. *Journal of Medical Internet Research*, 23(9), 14908.
21. Özdemir, D. ve Arpacıoğlu, S. (2020). Sosyal Medya Kullanımı, Sağlık Algısı ve Sağlık Arama Davranışının Koronavirüs Korkusu Üzerine Etkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 12(1), 364-381.
22. Thompson, A. E., Anisimowicz, Y., Miedema, B., Hogg, W., Wodchis, W. P. and Aubrey-Bassler, K. (2016). The Influence of Gender and Other Patient Characteristics on Health Care-Seeking Behaviour: a QUALICOPC Study. *BMC Family Practice*, 31(17), 38.
23. Kartal, A. ve Özsoy, S. A. (2015). Tip 2 Diyabetli Hastalarda Planlı Eğitim Programının Sağlık İnancına ve Metabolik Kontrole Etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1(2), 1-15.
24. Miller, W. R., Lasiter, S., Bartlett Ellis, R. and Buelow, J. M. (2015). Chronic Disease Self-Management: a Hybrid Concept Analysis. *Nursing Outlook*, 63(2), 154-61.
25. Öztürk, Y. E., Yeşildal, M., Arık, Ö. ve Fidan, Y. (2021). Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik Güvenilirliği. *Journal of Academic Value Studies*, 7(3), 375-381.
26. Yılmaz Karabulutlu, E., Atman, R. ve Yağcı, S. (2015). Kronik Hastalığı Olan Bireylere Verilen Bakımın Değerlendirilmesi. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 3(1), 16-30.
27. Kalender, N. ve Sütçü Çiçek, H. (2014). Kronik Hastalıkların Yönetimindeki Engeller. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 6(1), 46-53.
28. Karadakovan, A. ve Aslan Eti, F. (2017). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. Gülseven B. ve Oğuz S. (ed.), Kronik Durumlar (ss.91-104). Ankara: Akademisyen Kitabevi, 4. Baskı.

29. Akpınar, N. B. ve Ceran, M. A. (2019). Kronik Hastalıklar ve Rehabilitasyon Hemşireliği. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 3(1), 79-91.
30. Aytap, F. ve Özer, Z. (2021). Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Depresyon Riski ile Hastalık Öz Yönetimi Arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörler. *The Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 15(2), 212-222.
31. Gökçek, Ö., Hüzmeli, E. D. ve Katayıfçı, N. (2019). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında Dispnenin Yaşam Kalitesi ve Depresyona Etkisi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(1), 84-88.
32. Li, G. H., Cheung, C. L., Chung, A. K., Cheung, B. M., Wong, I. C., Fok, M. L. Y., Au, P. C. and Sham, P. C. (2022) Evaluation of bi-directional causal association between depression and cardiovascular diseases: a Mendelian randomization study. *Psychology Medicine*, 52(9), 1765-1776.
33. Moryś, J. M., Höfer, S., Rynkiewicz, A. and Oldridge, N. B. (2015). The Polish MacNew heart disease health-related quality of life questionnaire: a validation study. *Journal of Cardiology*, 22(5), 541-50.
34. Demir, Ş. ve Özer, Z. (2014). Kardiyovasküler Hastalıklarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Medical Network Cardiology*, 21(3), 182-191.
35. Yümin, E. T., Bakar, Y. ve Şimşek, T. T. (2017). Tip 2 Diyabeti Olan Hastalarda Diyabetin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. *Türkiye Klinikleri Spor Bilimleri Dergisi*, 9(2), 77-86.
36. Özdemir, Ü. ve Taşcı, S. (2013). Kronik Hastalıklarda Psikososyal Sorunlar ve Bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 57-72.
37. Özkan Tuncay, F., Mollaoğlu, M. ve Kars Fertelli, T. (2015). Kronik Hastalığı Olan Bireye Bakım Verenlerde Bakım Yüğü ve Sosyal Destek Düzeyi. *Psikiyatri/Nöroloji/Davranış Bilimleri Dergisi*, Ekim/Kasım/Aralık, (8), 5-10.
38. Van de Velde, D., De Zutter, F., Satink, T., Costa, U., Janquart, S., Senn, D. and De Vriendt, P. (2019). Delineating the Concept of Self-Management in Chronic Conditions: a Concept Analysis. *British Medical Journal*, 9(7), 027775.
39. Zuhur, Ş. ve Özpancar, N. (2017). Türkiye’de Kronik Hastalık Yönetiminde Hemşirelik Modellerinin Kullanımı: Sistemik Derleme. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 19(2), 57-74.
40. İncirkuş, K. ve Nahcivan, N. Ö. (2015). Kronik Hastalık Yönetimi İçin Bir Rehber: Kronik Bakım Modeli. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 23(1), 66-75.
41. Koşar, C. ve Besen, D. B. (2015). Kronik Hastalıklarda Hasta Aktivliği: Kavram Analizi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 8(1), 45-51.
42. Wagner, E. H. (1998). Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness? *Effective Clinical Practice*, (1), 2-4.

43. Kalav, S. ve Bektaş, H. (2018). Tekrarlayan İnmenin Önlenmesinde Kronik Bakım Modeli: Özyönetim Destekli Bakım Yaklaşımları. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 3(2), 27-32.
44. Alemdar, H. ve Çınar Pakyüz, S. (2015). Hemodiyaliz Hastalarında Öz Bakım Gücünün Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 10(2), 19-30.
45. Dağıstan, A. ve Gözüm, S. (2016). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kardiyovasküler Hastalık Riskinin Belirlenmesi ve Yönetimi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(6), 575-582.
46. Persil Özkan, Ö., Büyükcunal, S. K., Yiğit, Z., İnci, Y., Şakar, F. Ş. ve Özçelik Ersü, D. (2019). Kardiyovasküler Hastalık Tanısı Almış Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(1), 22-31.
47. Canbolat, Ö., Ekenler, Ş. ve Polat, Ü. (2022). Diyabet Özyönetiminde Engeller ve Kolaylaştırıcılar. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 29(1), 143-148.
48. İstek, N. ve Karakurt, P. (2018). Global Bir Sağlık Sorunu: Tip 2 Diyabet ve Öz-Bakım Yönetimi. *Journal of Academic Research in Nursing*, 4(3), 179-182.
49. Aliasgharpour, M., Nayeri, N. D., Yadegary, M. A. and Haghani, H. (2013). Effects of an Educational Program on Self-Management in Patients with Epilepsy. *Seizure*, 22(1), 48-52.
50. Akbıyık, A., Koçak, G. ve Oksel, A. (2016). Kronik Kalp Yetmezliği Olan Hastalarda Öz-Bakım Davranışlarının İncelenmesi. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(2), 1-8.
51. Lin, C. C. and Hwang, S. J. (2020). Patient-Centered Self-Management in Patients with Chronic Kidney Disease: Challenges and Implications. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24), 9443.
52. Hessler, D. M., Fisher, L., Bowyer, V., Dickinson, L. M., Jortberg, B. T., Kwan, B., Fernald, D. H., Simpson, M. and Dickinson, W. P. (2019). Self-Management Support for Chronic Disease in Primary Care: Frequency of Patient Self-Management Problems and Patient Reported Priorities, and Alignment with Ultimate Behavior Goal Selection. *BMC Family Practice*, 20(1), 120.
53. Vainauskienė, V. and Vaitkienė, R. (2021). Enablers of Patient Knowledge Empowerment for Self-Management of Chronic Disease: An Integrative Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 2247.
54. Kutan Fenercioğlu, A. ve Turfaner Sipahioğlu, N. (2020). *Birinci basamakta kronik hastalık bakım modeli*. Kutan Fenercioğlu A, editör. Birinci Basamakta Kronik Hastalık Takibi ve Kronik Hasta Bakımı. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; p.100-6.
55. Usta, E. (2020). *Epilepsi Hastalarında Öz Yönetimin Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans

Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana.

56. Hailu, F. B., Hjortdahl, P. and Moen, A. (2018). Nurse-Led Diabetes Self-Management Education Improves Clinical Parameters in Ethiopia. *Front Public Health*, 23(6), 302.
57. Huang, J., Ding, S., Xiong, S. and Liu, Z. (2021). Medication Adherence and Associated Factors in Patients With Type 2 Diabetes: A Structural Equation Model. *Front Public Health*, 4(9), 730845.
58. Cui, X., Zhou, X., Ma, L. L., Sun, T. W., Bishop, L., Gardiner, F. W. and Wang, L. (2019). A Nurse-Led Structured Education Program Improves Self-Management Skills and Reduces Hospital Readmissions in Patients with Chronic Heart Failure: a Randomized and Controlled Trial in China. *Rural Remote Health*, 19(2), 5270.
59. Akça, N., Sönmez, S., Öke, P. ve Saygılı, M. (2018). Hipertansiyon Hastalarında Hasta Aktivliği ve Tedaviye Uyum Düzeylerinin Değerlendirilmesi. 2. Uluslararası 12. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi, 1768-1778.
60. Lenferink, A., Brusse-Keizer, M., Van Der Valk, P. D., Frith, P. A, Zwerink, M., Monninkhof, E. M., Van Der Palen, J. and Effing, T. W. (2017). Self-Management Interventions Including Action Plans for Exacerbations Versus Usual Care in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8(8), CD011682.
61. Kong, L. N., Zhu, W. F., Li, L., Lei, Q. S., Wang, T. and Li, Y. L. (2021). Self-Management Behaviors in Adults With Chronic Hepatitis B: A Structural Equation Model. *International Journal of Nursing Studies*, Apr;116:103382.
62. Wild, M. G., Wallston, K. A., Green, J. A., Beach, L. B., Umeukeje, E., Wright Nunes, J. A., Ikizler, T. A., Steed, J. and Cavanaugh, K. L. (2017). The Perceived Medical Condition Self-Management Scale can be Applied to Patients with Chronic Kidney Disease. *Kidney International*, 92(4), 972-978.
63. Lenzen, S. A., Daniëls, R., Van Bokhoven, M. A., Van Der Weijden, T. and Beurskens, A. (2017). Disentangling Self-Management Goal Setting and Action Planning: a Scoping Review. *PLoS One*, 12(11), e0188822.
64. Novak, M., Costantini, L., Schneider, S. and Beanlands, H. (2013). Approaches to self-management in chronic illness. *Seminars in Dialysis*, 26(2), 188-94.
65. Ng, J. X., Chia, J. C. H., Loo, L. Y., Lim, Z. K., Kho, K., Chen, C. and Fong, N. P. (2021). Chronic Disease Self-Management Competency and Care Satisfaction Between Users of Public and Private Primary Care in Singapore. *Annals Academy of Medicine Singapore*, 50(2), 149-158.
66. Azami, G., Soh, K. L., Sazlina, S. G., Salmiah, M. S., Aazami, S., Mozafari, M. and Taghinejad, H. (2018). Effect of a Nurse-Led Diabetes Self-Management Education Program on Glycosylated Hemoglobin among Adults with Type 2 Diabetes. *Journal of Diabetes Research*, Jul 8; 4930157.

67. Hanlon, P., Daines, L., Campbell, C., McKinstry, B., Weller, D. and Pinnock, H. (2017). Telehealth Interventions to Support Self-Management of Long-Term Conditions: A Systematic Metareview of Diabetes, Heart Failure, Asthma, Chronic Obstructive Pulmonary Disease, and Cancer. *Journal Medicine Internet Research*, 19(5), e172.
68. Jones, L. M., Rosemberg, M. S. and Wright, K. D. (2017). Opportunities for the Advanced Practice Nurse to Enhance Hypertension Knowledge and Self-management Among African American Women. *Clinical Nurse Specialist*, 31(6), 311-318.
69. Brady, T. J., Anderson, L. A. and Kobau, R. (2015). Chronic Disease Self-Management Support: Public Health Perspectives. *Front Public Health*, 27(2), 234.
70. Basit, G. (2020). Bakımın Rehberi: Hemşirelik Süreci. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(2), 77-90.
71. Cho, M. K. and Kim, M. Y. (2021). Self-Management Nursing Intervention for Controlling Glucose among Diabetes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(23), 12750.
72. Mansur, F. ve Ülke Şimdi, R. (2022). Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin Sağlık Arama Davranışı ve Sağlıklı Yaşam Tarzı Davranışlarına Etkisi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 25(1), 127-138.
73. Akman, M. (2015). Sağlık Arama Davranışı. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 19(2), 53-54.
74. James, D. C. and Harville, C. (2016). eHealth Literacy, Online Help-Seeking Behavior, and Willingness to Participate in mHealth Chronic Disease Research Among African Americans, Florida, 2014-2015. *Preventing Chronic Disease*, Nov 17(13), E156.
75. Bayın Donar, G. (2020). Google Arama Verileri ile Türkiye'de Hastalık Durumu Günlerinin Değerlendirilmesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(2), 177-188.
76. Görkemli, N. (2017). Sağlık İletişiminde İnternet Kullanımı Üzerine Bir Araştırma. *The Turkish Online Journal Of Design, Art and Communication*, 7(1), 122-138.
77. Eryiğit Günler, O. (2015). Bilgi Toplumunda İnternetin Önemi ve Sağlık Üzerindeki Etkileri. *Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 17(29), 33-40.
78. Mumcu, C. D. ve Vardar İnkaya, B. (2020). Web Tabanlı Eğitim ile Diyabet Öz Bakım Yönetimi. *Acta Medica Nicomedia*, 3(2), 88-91.
79. Kelly, L., Jenkinson, C. and Morley, D. (2018). Experiences of Using Web-Based and Mobile Technologies to Support Self-Management of Type 2 Diabetes: Qualitative Study. *JMIR Diabetes*, 3(2), e9.
80. Avcı, K. ve Avşar, Z. (2014). Sağlık İletişimi ve Yeni Medya. *İletişim Kuram ve Araştırma Dergisi*, (39), 181-190.

81. Kocabaş, D., Eke, E. ve Demir, M. (2019). Sağlık Hizmeti Kullanımında Bireylerin Geleneksel ve Alternatif Yöntemlere İlişkin Tutumlarının Değerlendirilmesi. *Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 19(1), 63-80.
82. Öner, C. (2014). Sağlıkın Sosyal Belirleyicileri ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi. *Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği Özel Konular Dergisi*, 5(3), 15-18.
83. Yılmaz, Ş. (2011). *Tunceli İli Ovacık İlçesinde Yaşayan Kişilerin Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma ve Memnuniyet Düzeyinin Ölçülmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
84. Ünal, M. ve Dağdeviren, H. N. (2019). Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Yöntemleri. *Eurasian Journal of Family Medicine*, 8(1), 1-9.
85. Madrigal, L. and Escoffery, C. (2019). Electronic Health Behaviors Among US Adults With Chronic Disease: Cross-Sectional Survey. *Journal of Medical Internet Research*, 21(3), e11240.
86. Şahin, Ö. E. ve Yücel, A. (2021). Online Sağlık Bilgisi Arama Davranışında Sorunlar, Tutum ve Güvenilirlik Değişkenlerinin İncelenmesi. *İletişim Kuram ve Araştırma Dergisi*, (53), 137-156.
87. Coşkun, N. ve Gürsoy, E. (2020). Üniversite Gençlerinin Cinsel Sağlık Arama Davranışını Etkileyen Faktörler: Bir Tanımlayıcı Çalışma. *International Social Sciences Studies Journal*, 6(58), 1026-1036.
88. Suri, V. R., Majid, S., Chang, Y. K. and Foo, S. (2016). Assessing the Influence of Health Literacy on Health Information Behaviors: A Multi-Domain Skills-Based Approach. *Patient Education and Counseling*, 99(6), 1038–1045.
89. Abuduxike, G., Aşut, Ö., Vaizoğlu, S. A. and Cali, S. (2020). Health-seeking behaviors and its determinants: A facility-based cross-sectional study in the Turkish Republic of Northern Cyprus. *International Journal of Health Policy and Management*, 9(6), 240-249.
90. Musinguzi, G., Anthierens, S., Nuwaha, F., Van Geertruyden, J. P., Wanyenze, R. K. and Bastiaens, H. (2018). Factors Influencing Compliance and Health Seeking Behaviour for Hypertension in Mukono and Buikwe in Uganda: A Qualitative Study. *International journal of hypertension*, p.1-13.
91. Şahin, E. ve Ayaz, F. (2021). Bir Sağlık Arama Davranışı Olarak Sosyal Medya Kullanımı: İzolasyon, Karantina ve Sosyal Mesafe Tedbirlerinde Facebook'ta Covid-19 İçerikli Sosyal Medya Paylaşımlarının Görünümü. *Istanbul University Journal of Communication Sciences*, (60), 185-215.
92. Köroğlu, C. Z. ve Köroğlu, M. A. (2015). Sağlık Arama Davranışı ve Sosyal Belirleyicileri Üzerine Bir Değerlendirme. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 8 (41), 803-811.
93. Widayanti, A. W., Green, J. A., Heydon, S. and Norris, P. (2020). Health-Seeking Behavior

- of People in Indonesia: A Narrative Review. *Journal of Epidemiology and Global Health*, 10(1), 6-15.
94. Kılıç, D. ve Çalışkan, Z. (2014). Sağlık Hizmetleri Kullanımı ve Davranışsal Model. *Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2(2), 192-206.
 95. Yılmaz Akman, A., İzgü, N., Kav, S. ve Elbaş Özhan, N. (2017). İç Hastalıkları Alanında Çalışan Hemşirelerin Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşmada İnternet Kullanımına İlişkin Görüş ve Uygulamaları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(4), 57-68.
 96. Yılmaz, E. (2014). Türkiye’de Hastaların İnternette Tıbbi Enformasyon Arama Davranışlarının Doktor-Hasta İletişimine Etkileri. *Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi*, (3), 93-108.
 97. Denizyaran, S., Tali, D., Şen, S. ve Dağcı, M. (2022). Organ Nakli Tedavisi ve Hemşirelik Bakımı Konusunda Türkçe Web Sitelerindeki Bilgilerin Değerlendirilmesi. *Journal of Health Sciences Institute*, 7(3), 165-171.
 98. Kara, B. (2023). *Aleksitiminin Kronik Hastalık Öz Yönetimi Üzerine Olası Etkisi*. Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul.
 99. Ekenler, Ş. ve Arslan, S. (2019). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında Hastalık Algısı ve İlişkili Faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 22(3), 151-160.
 100. Eryiğit Günler, O. (2019). Kronik Hastalıkların Yol Açtığı Bazı Toplumsal Problemler. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (42), 392-400.
 101. Kalav, S. ve Bektaş, H. (2021). Kronik Hastalıkların Yönetiminde Kronik Bakım Modeline Temellendirilmiş Girişimlerin Etkinliği: Geleneksel Derleme. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 13(2), 435-51.
 102. Demir Avcı, Y. (2016). Kişisel Sağlık Sorumluluğu. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(3), 259-266.
 103. Shiri Hasan, F., Motashami, J., Manoochehri, H. and Rohani, C. (2018). Explaining The Meaning of Cancer Stigma from the Point of View of Iranian Stakeholders: a Qualitative Study. *International Journal of Cancer Management*, 11(7), e61165.
 104. Polat, Ü. ve Kahraman, B. B. (2013). Yaşlı Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişki. *Fırat Tıp Dergisi*, 18(4), 213-218.
 105. Alagüney, M. E. ve Öz, Ş. G. (2018). *Hipertansiyon ve Çalışma Hayatı*. Yıldız, A. N. ve Sandal, A. (Ed.). Meslek Hastalıkları İşle İlgili Hastalıklar (Seçilmiş Başlıklarda). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayını, ISBN: 978-975-491-460-3.)
 106. Şireci, E. ve Yılmaz Karabulutlu, E. (2017). Tip 2 Diabetes Mellituslu Hastaların Hastalıklarını Kabullenme ve Kendi Bakımlarındaki Öz Yeterlilik Düzeylerinin Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20(1), 48-55.

107. Stergiou-Kita, M., Pritlove, C. and Kirsh, B. (2016). The “Big C”-Stigma, Cancer, and Workplace Discrimination. *Journal of Cancer Survivorship*, 10(6), 1035-50.
108. Akdoğan, E. ve Kaya, E. (2022). Kronik Hastalığa Sahip Olan Bireylere Bakım Veren Hasta Yakınlarının Hastalık Süreci Yönetimine İlişkin Davranışlarının İncelenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 25(2), 373-388.
109. Aksoy, Ö. N. ve Köse, E. (2021). Bazı Sosyo-Demografik Değişkenler Açısından Sosyal Damgalanma (Stigma) Düzeylerinin İncelenmesi Bandırma Örneği. *Anadolu Akademi Sosyal Bilimler Dergisi*, 3(2), 291-307.
110. Leaffer, E. B., Hesdorffer, D. C. and Begley, C. (2014). Psychosocial and Sociodemographic Associates of Felt Stigma in Epilepsy. *Epilepsy Behavior*, Aug;37, 104-109.
111. Dede, B., Sarı, M., Gürsul, A., Hanedar, A., Gadis, A., Görgülü, B. ve ark. (2016). Kronik Hastalığı Nedeniyle Ayaktan İzlenen Hastaların Aldıkları Sağlık Hizmetlerinin Niteliğini Etkileyen Değişkenler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(3), 238-247.
112. Çilhoroz, İ. ve Çilhoroz, Y. (2021). Kardiyovasküler Hastalıklara Bağlı Ölümleri Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi: OECD Ülkeleri Üzerinde Bir Araştırma. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(2), 340-345.
113. Bağcı Taylan, Ş., Nas, İ. ve Ediz, Ç. (2019). Sağlıklı Yaşam Seminerine Katılan Öğrencilerin Madde Bağımlılığı ile İlgili Farkındalıkları. *Bağımlılık Dergisi*, 20(4), 197-205.
114. Weiss, J., Yang, H., Weiss, S., Rigney, M., Copeland, A., King, J. C. and Deal, A. M. (2017). Stigma, Self-Blame, and Satisfaction with Care Among Patients with Lung Cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 35(2), 166-79.
115. Baltacı, M., Arslan, S., Nemnezi, S. ve Demirel, Y. (2021). Tüberküloz Hastalarında Damgalanma ve Ayırmıcılığın Analizi. *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi*, 35(1), 11-21.
116. Açıkel Yiğit, G. ve Pakyüz Çınar, S. (2015). Akciğer Tüberkülozlu Hastalarda Damgalamanın Değerlendirilmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 23(2), 136-145.
117. Genç, F. ve Yiğitbaş, Ç. (2021). Hipertansif Yaşlıların Hipertansiyon Algıları ve Kontrollerine İlişkin Davranışları. *Genel Tıp Dergisi*, 31(1), 1-11.
118. Altay, B., Çavuşoğlu, F. ve Çal, A. (2016). Yaşlıların Sağlık Algısı, Yaşam Kalitesi ve Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(3), 181-189.
119. Tekin Yanık, Y. ve Erol, Ö. (2016). Tip 2 Diyabetli Bireylerin Öz-Yeterlilik Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19(3), 166-174.
120. Özdelikara, A., Agacdiken-Alkan, S. ve Mumcu, N. (2018). Determination of Health

Perception, Health Anxiety and Effecting Factors Among Nursing Students. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 14(3), 275-282.

121. Öztürk, A., Doğaner, A., Bal, Z. ve Geçkil Koskoca, E. (2019). Kanser ve Kanser Hastalarına Yönelik Damgalama Tutumlarının Değerlendirilmesi. *International Social Sciences Studies Journal*, 5(44), 5038-5047.
122. Küçük, S., Karşıgil, P., Uludasdemir, D. ve Güven, İ. (2022). Tip 2 Diyabetes Mellitus Tanılı Bireylerde Egzersiz Alışkanlıkları ve Diyabet Öz Yeterliliği. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 9(2), 129-138.
123. Muz, G. ve Eğlenc, e R. (2013). Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Öz Bakım Gücü ve Öz Yeterliliğin Değerlendirilmesi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(1), 15-21.
124. Özcan, G. ve Özkaraman, A. (2021). Tip 2 Diabetes Mellitus Hastalarında Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Etkileyen Faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 14(1), 3-16.
125. Elkin, N. (2020). Yaşlılarda Polifarmasi ve Akılcı İlaç Kullanımına Aile Hekimliği Yaklaşımı. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (11), 279-290.
126. Demiray Kara, D., Mert, E., Uysal, Y. ve Başhan, İ. (2017). Evaluation of Medication Adherence in Adults Who Use Multiple Medications in The Context of Illness Perception, Acknowledgement and Attitude Characteristics. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 11(4), 227-234.
127. Altuntaş, O., Akı, E. ve Huri, M. (2015). Kronik Hastalıklarda İlaç Kullanımının Yaşam Kalitesi ve Sosyal Katılıma Etkisi Üzerine Nitel Bir Çalışma. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 3(2), 79-86.
128. Çelebi, E., Gündoğdu, C. ve Kızılkaya, A. (2017). Determination of Healthy Lifestyle Behaviors of High School Students. *Universal Journal of Educational Research*, 5(8), 1279-1287.
129. Yakar, B., Gömleksiz, M. ve Pirinççi, E. (2019). Bir Üniversite Hastanesi Polikliniğine Başvuran Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. *Eurasian Journal of Family Medicine*, 8(1), 27-35.
130. Ekinci, Y., Tutgun Ünal, A. ve Tarhan, N. (2021). Dijital Sağlık Okuryazarlığı Üzerine Bir Alanyazın İncelemesi. *Bayterek Uluslararası Akademik Araştırmalar Dergisi*, 4(2), 148-165.
131. Gözlü, K. ve Kaya, S. (2020). Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Değerlendirilmesi: Çankaya İlçesi Örneği. *Ankara Medical Journal*, (2), 254-268.
132. Yorulmaz, H., Tatar, A., Saltukoğlu, G. ve Soylu, G. (2013). Diyabetli Hastalarda Hastalık Algısını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Fatih Sultan Mehmet İlmi Araştırmalar İnsan ve Toplum Bilimleri Dergisi*, 0(2), 367-387.

133. Jung, M. (2014). Determinants of Health Information-Seeking Behavior: Implications for Post-Treatment Cancer Patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 15(16), 6499-504.
134. Şahan, D. ve Gezer, N. (2021). Koroner Arter Hastalarında Çevrimiçi Sağlık Uygulamalarının Kullanımı. *Van Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(1), 106-13.
135. Ergün, S., Kızıl Sürücüler, H. ve Işık, R. (2019). Ergenlerde E-Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları: Balıkesir Örneği. *Journal of Academic Research in Nursing*, 5(3), 194-203.
136. Wang, M. P., Wang, X., Lam, T. H., Viswanath, K. and Chan, S. S. (2013). Health Information Seeking Partially Mediated the Association Between Socioeconomic Status and Self-Rated Health Among Hong Kong Chinese. *PLoS One*, Dec 13;8(12), e82720.
137. Değerli, M. (2021). Mobil Sağlık Uygulamalarına Genel Bir Bakış ve Özgün Bir Mobil Sağlık Uygulamasının Geliştirilmesi. *Elektrik, Elektronik, Bilgisayar, Biyomedikal Mühendisliği Bilimsel Dergisi*, 11(21), 59-69.
138. Baş, S. ve Dirik, G. (2019). Kansere Tanısı Olan Kişilerde Kabul ve Kararlılık Terapisi Uygulamaları: Sistematik Bir Derleme. *Psikoloji Çalışmaları*, 39(2), 459-485.
139. Zaimoğlu, B. N. ve Özer, Z. (2023). Kronik Hastalığı Olan Bireylerde e-Sağlık Okuryazarlık ve Hasta Aktivasyon Düzeylerinin İncelenmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 18(1), 12-21.
140. Ergün, Y. ve Altıntaş Aykan, D. (2018). Akılcı ilaç kullanımı: Komplikasyon/Malpraktis Ayırımında İnce Bir Çizgi. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 13(3), 97-103.
141. Gül, İ., Demir, S. ve Coşkun, İ. (2022). E-Sağlık Okuryazarlığı ve Çevrimiçi Sağlık Bilgisi Arama Davranışı Üzerine Bir Araştırma. *Turkish Studies*, 17(7), 83-101.
142. Tosun, N. ve Hoşgör, H. (2021). A Research to Determine the Relationship Between EHealth Literacy and Rational Drug Use Awareness. *Cumhuriyet University Journal of Economics and Administrative Sciences*, 22(2), 82-102.
143. Yıldız, E. ve Dedeli Çaydam, Ö. (2020). Sistematik Derleme: Kansere Hastalara Yönelik Damgalama ile İlgili Araştırmaların Sistematik Bir Analizi. *Sağlık ve Toplum*, (1), 9-25.
144. Carter Harris, L. (2015). Lung Cancer Stigma as a Barrier to Medical Help-Seeking Behavior: Practice Implications. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 27(5), 240-5.
145. Shen, M. J., Hamann, H. A., Thomas, A. J. and Ostroff, J. S. (2016). Association Between Patient-Provider Communication and Lung Cancer Stigma. *Support Care Cancer*, 24(5), 2093-9.

146. Öztürk, Y. E., Akman Dömbekci, H. ve Ünal, S. (2020). Geleneksel Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Kullanımı. *Bütünleyici ve Anadolu Tıbbı Dergisi*, 1(3), 23-35.
147. Köse, S. S. ve Karaman, Ö. (2017). Astım Tedavisinde Uyumu Etkileyen Faktörler ve Çözüm Önerileri. *Klinik Tıp Pediatri Dergisi*, 9(1), 11-15.
148. Bayer, N. ve Uzuntarla, Y. (2022). Kronik Hastalığı Olan Yaşlı Bireylerin Akılcı İlaç Kullanımı ve Geleneksel Tıp Tutumlarının İncelenmesi: Akılcı İlaç Kullanımı ve Geleneksel Tıp. *Sosyal ve Analitik Sağlık Dergisi*, 2(1), 21-27.





EKLER

EK-1. Amasya Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Kararı

Evrak Tarih ve Sayısı: 02.12.2022-104626



T.C.
AMASYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : E-76988455-044-104626
Konu : Etik Kurul Onayı

02.12.2022

Sayın Doç. Dr. Neşe UYSAL
Öğretim Üyesi

İlgi : 21.11.2022 tarihli ve 3000 sayılı dilekçeniz.

İlgi'de kayıtlı dilekçenize istinaden; Kurulumuzun 12/05/2022 tarihli ve 48 sayılı kararı ile uygun görülen "Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Öz Yönetim ve Sağlık Arama Davranışlarının Belirlenmesi" konulu tez çalışması ile ilgili tarafınızca istenilen değişiklikler, Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulumuz tarafından incelenmiştir.

Söz konusu tez çalışması ile ilgili değiştirilmesi istenilen konuların uygun olduğu kanaatine varılmış olup, Kurul Kararının bir örneği ilişikte gönderilmiştir.

Bilgilerini rica ederim.

Doç. Dr. Güzide ŞENEL
Etik Kurul Başkanı

Ek:Kurul Kararı (1 Sayfa)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSUBC5ASA4 Pin Kodu :46552

Belge Takip Adresi :
<https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=5544&eD=BSUBC5ASA4&eS=104626>

Adres: Akbilek Mah. Hakimiyet Cad. No: 4/3 P.K. :05100 Merkez/Amasya
Telefon: 0 (358) 211 5005 Faks: 0 (358) 218 01 04
e-Posta: genelsekreterlik@amasya.edu.tr Web: <http://www.amasya.edu.tr/>
Kep Adresi: amasyauniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Ebru GÜÇYETMEZ
Unvanı: Bilgisayar İşletmeni
Tel No: 2115015



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-1.(devam) Amasya Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Kararı

	T.C. AMASYA ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KURUL KARAR FORMU	

Toplantı Tarihi	Toplantı Sayısı	Karar No
01 Aralık 2022	13	2022/109

KARAR NO 109:

Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi Doç. Dr. Neşe UYSAL'ın yürütücülüğünde olan ve Yardımcı Araştırmacı olarak yer alan Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde öğrenim gören yüksek lisans öğrencisi Güllü BEKTAŞ'ın işbirliğinde, Esenkent Aile Sağlığı Merkezi'nde yapılması öngörülen **"Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Öz Yönetim ve Sağlık Arama Davranışlarının Belirlenmesi"** konulu tez çalışması Amasya Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulumuzun 12/05/2022 tarihli ve 48 sayılı kararı ile uygun görülmüştür.

Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi Doç. Dr. Neşe UYSAL'ın, 21.11.2022 tarihli ve 3000 sayılı dilekçesine istinaden; Kurulumuzca uygun görülen **"Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Öz Yönetim ve Sağlık Arama Davranışlarının Belirlenmesi"** konulu tez çalışmasının, kurum ve veri toplama tarihlerinde değişiklik yapılması ile ilgili konular, Kurul tarafından değerlendirildi ve incelendi.

Söz konusu tez çalışmasının, Esenkent Aile Sağlığı Merkezleri'nde yapılması talebi İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü tarafından uygun görülmemesi gerekçesiyle, araştırma verilerinin Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılması ve veri toplama tarihinin Ocak 2023 – Eylül 2023 tarihleri arasında yapılmasının uygun olduğuna katılanların oybirliğiyle karar verildi.

		KABUL	RED
BAŞKAN	Doç. Dr. Güzide ŞENEL	İMZA	
BAŞKAN YARDIMCISI	Dr. Öğr. Üyesi Safiye TEMEL	İMZA	
RAPORTÖR	Dr. Öğr. Üyesi Ece AVULOĞLU YILMAZ	İMZA	
ÜYELER	Doç. Dr. Levent SEMİZ	İMZA	
	Doç. Dr. Kenan GÜMÜŞ	İZİNLİ	
	Doç. Dr. Banuhan ŞAHİN	İMZA	
	Dr. Öğr. Üyesi Burak YAZGAN	İMZA	
	Dr. Öğr. Üyesi Nurdan KARPUZ DEMİR	İMZA	
	Dr. Öğr. Üyesi Ceren BAŞKAN	İMZA	
	Dr. Öğr. Üyesi Aslı KURTGÖZ	İMZA	
	Dr. Öğr. Üyesi Neşe YAKŞI	İMZA	

KYT-FRM-265/00

Bu belge,güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-2. Amasya İl Sağlık Müdürlüğü Kurum İzni Formu

T.C.
AMASYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

AMASYA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - AMASYA DESTEK
HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI
15/12/2022 17:48 - E-68724985 - 044 - 9901



Sayı : E-68724985-044
Konu : Anket İzni(Neşe UYSAL)

Sayın **Doç.Dr. NEŞE UYSAL**
Amasya Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

İlgi : 08/12/2022 tarihli ve 91734550 sayılı dilekçeniz.

Müdürlüğümüze vermiş olduğunuz '**Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Öz Yönetim ve Sağlık Arama Davranışlarının Belirlenmesi**' konulu dilekçenizde belirtilen araştırma talebiniz 14.12.2022 tarihinde toplanan Bilimsel Araştırma Danışma Kurulu tarafından değerlendirilerek uygun görülmüş olup; araştırma sonucu hakkında Müdürlüğümüze bilgi verilmesi hususu;
Bilgilerinize sunulur.

Dr. Dursun KOÇ
İl Sağlık Müdürü

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: 3bda4a25-4c12-4949-bfaa-d8b3c46b854c — Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-cbys>
S.B. Amasya İl Sağlık Müdürlüğü Özlük Birimi
Fethiye Mah. Çelebi Mehmet Cad.No:10/1/05100 Merkez /AMASYA
Telefon: 0 358 218 40 17 Faks No: 03582124060
e-Posta: nuray.colak@saglik.gov.tr İnternet Adresi: <https://amasyaism.saglik.gov.tr>
Bilgi için: NURAY ÇOLAK
TIBBİ SEKRETER
Telefon No: (0 358) 218 12 04



EK-3. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

KRONİK HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE ÖZ YÖNETİM VE SAĞLIK
ARAMA DAVRANIŞLARININ BELİRLLENMESİ

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Proje Yürütücüsü: Doç. Dr. Neşe Uysal

Araştırmanın Amacı: Bu araştırmanın amacı kronik hastalığı olan bireylerde öz yönetim ve sağlık arama davranışlarının belirlenmesidir.

Araştırmada İzlenecek Yöntem:

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, çalışmaya katılım gönüllük esasına dayanır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz.

Her geçen gün kronik hastalıkların toplumda görülme oranlarının artmasıyla birlikte kronik hastalıklara bağlı yaşanan sorunlar artmaktadır. Bu nedenle kronik hastalıkların yönetilmesiyle ilgili hastalar sorunlarla karşı karşıya kalırlar. Kronik hastalıklı bireylerin tedaviye uyum göstermesi ve sürekliliğini sağlaması, sağlıklı yaşam davranışlarını kazanması ve hastalık sonucu oluşabilecek komplikasyonları önlemesi gerekmektedir. Kronik hastalıklı bireylerin öz yönetim anlayışını benimseyerek kendi bakımına katılması ve karşılaştığı sorunlarla ilgili sağlık arama davranışlarına başvurması hastalık sürecinde bireyin daha aktif şekilde rol almasını sağlamaktadır. Bu araştırmada “Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Öz Yönetim ve Sağlık Arama Davranışlarının Belirlenmesi” amaçlanmaktadır.

Bu araştırmayla ilgili sizden beklenen araştırma sorularına doğru cevap vermenizdir. Araştırmaya katıldığınız için siz ek bir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk söz konusu değildir. Araştırma sırasında sizi ilgilendirecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size derhal bildirilecektir. Yazılı onay vermiş olsanız da istediğiniz zaman araştırmadan çekilebilirsiniz. Araştırma hakkında ek bilgi almak için ya da araştırma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ve diğer rahatsızlıklar için araştırmacı Doç. Dr. Neşe Uysal’a başvurabilirsiniz.

Bu araştırmanın protokolü, Amasya Üniversitesi etik değerlendirme komitesi tarafından değerlendirilmiş ve onaylanmıştır. Helsinki beyannamesinde ortaya konan etik prensiplere riayet edilecektir. Bu formun bir kopyası size saklamanız için verilecektir.

Alternatif Tedaviler:

Araştırma Sırasında Karşılaşılabilecek Riskler:

Araştırma Süresince 24 Saat Ulaşılabilecek Kişi Adı / Soyadı / Telefonu:

Neşe Uysal/ Güllü Bektaş

EK-3. (devam) Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Bu araştırmaya katılmanız tamamen gizli tutulacaktır. Sizin araştırmaya katılmanıza ilişkin bilgisi olan tek kişi proje yürütücüsü olacaktır. Doktorunuza verdiğiniz bilgiler kadar klinik bilgilerde gizli tutulacaktır. Bununla birlikte yetkili kurumların müfettişleri araştırmanın geçerli yasalar ve sağlık makamları mevzuatına uygun olarak yürütülmesini garantilemek üzere araştırmaya ilişkin kayıtlarınızı incelemekle yükümlü olabilirler. Kayıtlarınızdaki bilgiler sadece bu araştırma amacıyla ve bu araştırmayı izleyen yayınlar için kullanılacaktır. Her durumda kimliğiniz saklanacaktır. Her durumda kimliğiniz diğer amaçlar için kullanılmayacak veya üçüncü şahıslara açıklanmayacaktır. Muayeneleriniz ve diğer işlemler için sizden ücret alınmayacaktır.

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlamadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim/araştırmacı tarafından yapıldı. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyorum ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Açıklamaları Yapan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Gerekliyse Olur İşlemine Tanık Olan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Gerekliyse Yasal Temsilcinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

EK-4. Tanıtıcı Bilgi Formu

1. Kaç yaşındasınız?

2. Cinsiyetiniz nedir?

☐ Kadın ☐ Erkek

3. Eğitim durumunuz nedir?

☐ Okuryazar değil ☐ İlköğretim ☐ Lise

☐ Üniversite ☐ Lisansüstü

4. İş durumunuz nedir?

☐ Çalışıyorum ☐ Çalışmıyorum

5. Medeni durumunuz nedir?

☐ Bekar ☐ Evli

6. Birlikte yaşadığınız kişiler? *(Birden fazla işaretleme yapabilirsiniz.)*

☐ Yalnız ☐ Eş ☐ Çocuklar

☐ Anne/Baba ☐ Kardeş ☐ Diğer.....

7. Sosyoekonomik seviyeniz nedir?

☐ Gelir Giderden Az ☐ Gelir Gider Eşit ☐ Gelir Giderden Fazla

8. Kilo ve boyunuz nedir?

..... Kg Cm BKI:

9. Sigara kullanıyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

10. Alkol kullanıyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

11. Kronik hastalıklarınız nelerdir?..... (belirtiniz)

12. Kronik hastalığınızın tanı süresi..... (yıl önce)

13. Kronik hastalığınızla ilgili kontrollerinizi düzenli yaptırıyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

14. Kronik hastalığınızın için kullandığınız tedavi nedir?.....(belirtiniz)

15. Kullandığınız ilaç sayısı nedir?.....(belirtiniz)

16. Kronik hastalığınızla ilgili son 3 ayda sorun yaşayıp hekime başvurduğunuz mu?

☐ Evet(ne sorun yaşadınız belirtiniz) ☐ Hayır

.....(yaşadığınız soruna yönelik ne yaptınız ?)

EK-4. (devam) Tanıtıcı Bilgi Formu**17. Kronik hastalığınız ile ilgili bilgi aldınız mı?**

- ☐ Evet ☐ Hayır

18. Kronik hastalıkla ilgili bilgi kaynaklarınız nelerdir? (Birden fazla işaretleme yapabilirsiniz)

- ☐ Sağlık profesyonelleri
☐ İnternet
☐ Dergi/Gazete/Kitap
☐ Televizyon
☐ Yakınlarımdan
☐ Diğer.....

19. Son 1 ay süresince sağlık durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

- ☐ Çok kötü
☐ Kötü
☐ Orta
☐ İyi
☐ Çok iyi

EK-5. Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği

Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği		1 = Asla 2 = Nadiren; 3 = Ortalama; 4 = Oldukça sık; 5 = Her Zaman				
Kendini Damgalama	1.Hastalığımın dolayı sosyal ortamlarda utanç duyarım	1	2	3	4	5
	2.Hastalığımın dolayı kendimi diğerlerinden farklı hissediyorum	1	2	3	4	5
	3.Hastalığımın dolayı başkalarına yük olmaktan endişe duyarım	1	2	3	4	5
	4.Hastalığımın dolayı diğerlerine karşı yabancılaşmış hissediyorum	1	2	3	4	5
	5.Hastalığımın dolayı başkalarının düşüncelerinden endişe duyuyorum	1	2	3	4	5
	6. Hastalığımın bahsetmemek için arkadaş edinmekten kaçınıyorum	1	2	3	4	5
	7.Hastalığının belirtileri karşısında şaşırıyorum	1	2	3	4	5
Damgalamayla Baş Etme	1.Üzgün hissetmekten kaçınabilirim.	1	2	3	4	5
	2.Kötü düşünceleri durdurabilir ve kendimi sınırlandırmaktan kaçınabilirim.	1	2	3	4	5
	3.Durumu nasıl iyileştireceğimi planlayabilir ve harekete geçebilirim	1	2	3	4	5
	4.Neyin değiştirilebileceğini veya değiştirilemeyeceğini kavrayabilirim.	1	2	3	4	5
	5.Arkadaşlarımdan ve ailemden destek isteyebilirim	1	2	3	4	5
Sağlık Bakın Etkinliği	1.Kendi sağlığımı yönetebiliyorum	1	2	3	4	5
	2.Kendime iyi bakabilirim.	1	2	3	4	5
	3.Hastalığım hakkında net bilgiye sahibim	1	2	3	4	5
	4.Tedavi yöntemi hakkında net bilgiye sahibim	1	2	3	4	5
Tedavi Uyumu	1.İlacı/tedaviyi unutmur veya ihmal ederim.*	1	2	3	4	5
	2.Meşgul olduğum zaman ilaç almayı veya tedaviyi hatırlamakta zorlanırım*	1	2	3	4	5
	3.Kontrol için doktorun önerdiği zamanı unutuyor veya görmezden geliyorum*	1	2	3	4	5
	4.Okulda, işte veya dışarıdayken ilaçları almayı aksatıyorum*	1	2	3	4	5
	5.İlacı almak/tedavi olmak için başkasının hatırlatmasına ihtiyaç duyuyorum*	1	2	3	4	5

EK-6. Sağlık Arama Davranışı Ölçeği

Sağlık Arama Davranışı Ölçeği	1 = Hiç katılmıyorum	2 = Katılmıyorum	3 = Kararsızım	4 = Katılıyorum	5 = Kesinlikle katılıyorum
Online sağlık arama davranışı					
1.Hastalığımla ilgili internetten araştırma yaparım.					
2.Hastalığımla ilgili televizyondaki programları takip ederim.					
3. Hastalığımla ilgili internetten hekimlerle iletişime geçerim.					
4. Hastalandığımda kullandığım ilaçların yan etkilerine internetten bakarım.					
5. Hastalığımla ilgili internetten formları takip ederim.					
6. Hastalığımla ilgili online dergi ve kitaplarda tarama yaparım.					
Profesyonel sağlık arama davranışı					
7. Hastalandığımda hemen aile hekimine başvuru yaparım.					
8. Hastalığımla ilgili aile hekimimin yönlendirmesine dikkat ederim.					
9. Hekimin tavsiye ettiği gıdaları almaya dikkat ederim.					
Geleneksel sağlık arama davranışı					
10.Evde bulunan bitkisel ilaçlarla iyileşmeye çalışırım.					
11.Hastalığım için güvendiğim kişilerin tavsiyelerine dikkat ederim.					
12.Daha önce aynı hastalığı geçirmiş kişilerin tavsiyelerine dikkat ederim.					

EK-7. Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçek İzni

EK-8. Sağlık Arama Davranışı Ölçek İzni

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı: Güllü BEKTAŞ

Doğum Yeri:

Doğum Tarihi:

EĞİTİM DURUMU

Lisans Öğrenimi: İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi (2017-2021)

Yüksek Lisans Öğrenimi: Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü (2021-2023)

Bildiği Yabancı Diller: İngilizce

BİLİMSEL FAALİYETLERİ

Bektaş, G. ve Uysal, N. (2023, Nisan). Self-Management and Health Seeking Behaviors in Individuals With Chronic Disease. 9 Th International Congress On Medicine, Nursing, and Health Sciences in A Changing World.

İŞ DENEYİMİ

Çalıştığı Kurumlar ve Yıl: Ataşehir Acıbadem Hastanesi (2023-Devam ediyor)

İLETİŞİM

E-posta Adresi: